TRAVAUX ORIGINAUX

—

I

L'hémorrhagie dans le cours de l'iritis,

par le Dr FAGE,

Médecin en Chef de l'Hospice Saint-Victor d'Amiens.

L'épanchement sanguin dans la chambre antérieure, au cours de l'iritis, est un accident rare. On a dit que c'était une complication qui ne s'observait guère que chez les vieillards chez les rhumatisants et chez les goutteux. Il serait plus exact de dire que c'est l'athérome qui y prédispose et d'incriminer par suite toutes les causes qui le provoquent arthritisme, alcoolisme, syphilis, etc.

Il y a d'autres facteurs : des phènomènes vaso-dilatateurs, les troubles congestifs de la ménopause, les altérations du sang peuvent amener des hémorragies quand les vaisseaux de l'iris sont gorgés de sang.

M. Teillais (1) rapporte l'observation d'une femme de quarante-quatre ans qui eut une hémorrhagie dans la chambre antérieure, à la troisième semaine d'une iritis, l'accident étant considéré comme une complication de la ménopause. Il cite aussi une jeune fille de vingt-huit ans chez laquelle deux hyphœmas consécutifs, dans le cours d'une iritis, paraissent se rattacher à l'hémophilie dont cette personne était atteinte.

Le cas d'hyphœma que j'ai observé vers le douzième jour d'une iritis rhumatismale ne paraît attribuable qu'à l'hyperglobulie manifeste que nous a révélée l'étude du sang.

Notre malade est un homme de quarante-six ans, assez sanguin, rhumatisant, mais ne présentant ni tare syphilitique, ni lésion cardiaque, ni rigidité des artères. Ses urines ne renferment pas de sucre ni d'albumine.

Cet homme a eu dans l'œil droit une première poussée d'iritis rhumatismale d'intensité moyenne, il y a dix ans. Six ans plus tard, l'œil gauche a eu une poussée légère. Ces deux iritis n'ont pas laissé, du reste de dépôts exsudatifs dans le champ pupillaire ni de troubles de la vision.

Le 11 avril, je vois le malade pour une nouvelle iritis de l'œil droit. A ce moment, il existe du larmoiement, quelques douleurs périorbitaires, de l'injection conjonctivale, une contraction marquée de la pupille, mais l'humeur aqueuse est très peu troublée et la tension intra oculaire reste normale.

Le 20 avril, dans la soirée, le malade ressent une augmentation brusque des douleurs. La nuit est très mauvaise et, en revoyant le malade le lendemain, je constate la présence d'un épanchement sanguin qui occupe le tiers inférieur de la chambre antérieure, sans qu'aucun traumatisme puisse être incriminé. L'œil, très enflammé conserve sa tension normale. Le collyre d'atropine est cependant remplacé pendant quarante-huit heures par des instillations de cocaïne. Application d'une ventouse scarifiée à la tempe.

Peu de jours après, l'hyphœma a complètement disparu et dès les premiers jours de mai, la poussée d'iritis étant terminée le malade reprend son travail. Un nouvel examen général du malade ne nous permet de rien relever d'intéressant, mais la numération de ses globules sanguins nous montre une hyperglobulie notable puisque nous trouvons le chiffre de 6,670,000 globules, sans qu'il y ait disproportion entre les globules blancs et les globules rouges.

L'épanchement sanguin de la chambre antérieure apparaît parfois quand l'iritis est déjà en décroissance. C'est donc d'une complication qu'il s'agit, et il ne nous paraît pas exact de faire de l'iritis à hyphœma une entité à part. On a vu l'hémorrhagie se produire à plusieurs reprises, dans le cours d'une iritis (Teillais) ou lors de nouvelles poussées (Reche) ; mais ce sont des faits exceptionnels, et à côté de ces cas, il est bon de rappeler celui de *Broca* (1), qui a observé une iritis bilatérale, avec hyphœma dans un seul œil.

La production de l'hémorrhagie est annoncée par des douleurs périorbitaires vives et

(1) TEILLAIS.— Soc. franç. d'Ophtalmologie, 9 mai 1894.

(1) BROCA. — *Arch. Ophtalmologie*, 1883.

VALERIANATE PIERLOT
PUISSANT ANTISPASMODIQUE
neurasthénie, spasme de l'accommodation, tic de la face et des paupières, névroses, etc.
LANCELOT ✻ et Cie, pharmaciens, 26, rue Saint-Claude, PARIS

par une recrudescence plus ou moins grande des symptômes. A ce moment, la tension intra-oculaire peut s'accroître (cas de Broca) sans que les phénomènes glaucomateux dominent la scène et persistent longtemps.

Le sang collecté dans les parties déclives n'obstrue, en effet, qu'une partie des voies de filtration. Il ne paraît même pas avoir tendance à s'y organiser ni à provoquer la formation de dépôts exsudatifs capables d'amener des adhérences iriennes plus nombreuses ou des oblitérations pupillaires.

L'état empire subitement ; mais cette exacerbation n'est pas de longue durée. La résorption du sang est assez rapide, s'il n'est pas épanché en trop grande abondance. L'hyphœma n'aggrave donc pas, à proprement parler l'iritis ; il en augmente l'acuité, il en prolonge la durée, sans en compromettre généralement la terminaison.

Au sujet du traitement, nous ne parlerons pas d'action préventive, car il serait difficile de prévoir, au début d'une iritis, l'apparition ultérieure de sang dans la chambre antérieure. Ni la formation de néo-membranes vasculaires à capillaires fragiles, ni l'abondance des exsudats, ni un certain degré d'hypertonie ne sont des indications suffisantes pour prédire l'hémorrhagie.

En présence de l'hyphœma, il est bon de suspendre le collyre à l'atropine qui pourrait augmenter la tension. Les ventouses d'Heurteloup, le bromhydrate de quinine, le repos complet sont des moyens utiles. La paracentèse de la chambre antérieure que préconise Imre (1) doit, à mon avis, être réservée aux cas exceptionnels, à ceux où la tension intra-oculaire est très élevée et où il y a des douleurs vives : la dépression intra-oculaire brusque qui en résulterait serait capable à elle seule de provoquer l'hémorragie. Le sang se résorbe d'ailleurs assez vite d'habitude et les phénomènes inflammatoires, un moment plus accusés, s'amendent sous l'influence du traitement médical.

(1) Imre. — *Berl. klin. Woch.* 1879.

II

Sarcome du globe et de l'orbite gauche. Opération. Guérison.

Par le Dr Rutten (de Liége).

En 1889, un homme de 57 ans, cantonnier de son état, reçoit sur la tempe gauche une grosse pierre, qui lui occasionne une contusion assez grave de la région orbitaire, puisque la perte de la vue de l'œil gauche en a été la conséquence.

D'après le dire du malade, l'œil est resté souffrant environ six mois et a ensuite diminué de volume. Mais depuis ce moment, jusqu'en 1900 au mois de novembre, le malade ne s'est plus jamais plaint de l'œil atrophié.

A cette époque second accident à l'œil déjà borgne, consistant dans un coup de manche de « houe » portant particulièrement sur l'angle externe de l'organe. Gonflement immédiat des paupières et œdème du rebord orbitaire. Le globe s'enflamme également, devient douloureux et quand l'inflammation a disparu, le malade constate quelque temps après une bosselure du globe du côté temporal. Cette excroissance du globe continue à grossir et cause, à des intervalles périodiques, des douleurs vives, rayonnant dans le front et dans la tête du côté de l'œil malade. La propulsion du globe date de ce moment. Mais le malade n'aurait pas encore consulté, si la complication de l'ophtalmie sympathique ne l'avait pas effrayé. Exposé à perdre la vue du bon œil et à devenir aveugle, il se décide à aller consulter à l'Institut ophtalmique le 23 novembre 1901.

L'attention est immédiatement frappée par l'exophtalmie de l'œil gauche ainsi que par l'excroissance, de la grosseur d'une noix, qui soulève la paupière supérieure du côté de l'angle externe. Il y a exophtalmie légère avec déviation du globe en dedans. La paupière supérieure, ne présentant aucun signe particulier, glisse facilement sur l'excroissance, et laisse voir qu'il n'y a pas d'adhérence du segment antérieur du globe avec la paupière. Dans cette partie, contrairement à l'hémisphère postérieure, la sclérotique, quoique fortement distendue, n'a pas été traversée par le néoplasme. On peut luxer hors de la fente palpébrale globe et excroissance, en tirant la paupière supérieure en haut.

Au toucher, on constate la dureté du globe ainsi que l'insensibilité de la cornée. Comme il est facile à prévoir, il existe une certaine gêne dans la mobilité du globe. Les autres détails du globe transformé par le néoplasme trouvent leur description dans l'analyse microscopique.

L'autre œil est atteint d'irritation sympathique et a son acuité visuelle diminuée au point de ne pas distinguer les grands caractères de l'échelle. Cette gêne momentanée, se traduisant à l'ophtalmoscope sous forme d'engorgement des vaisseaux, sans autres modifications ophtalmoscopiques, avait disparu quinze jours après l'opération. Et un mois après, le patient qui était parti avec + 2 D, pour corriger sa presbytie, nous écrivait que, s'il avait eu besoin les premiers jours de ses lunettes pour jouer aux cartes, il ne s'en servait plus du tout à ce moment.

L'examen du nez, de la bouche, des choanes et des sinus (diaphanoscopie) ne révèle rien d'anormal. On ne constate aucun engorgement ganglionnaire ni pré-auriculaire ni sous-maxilaire. Au moment de son entrée à l'Institut, son état général était mauvais ; faiblesse générale, manque de forces, amaigrissement, teinte légèrement cachectique, même des symptômes cérébraux : violents maux de tête, nausées et vomissements, perte d'appétit, fièvre et vertiges.

N'ayant pas de temps à perdre, je procède à l'énucléation du globe et à l'évidement des parties profondes de l'entonnoir le jour de son arrivée à l Institut. Le nerf optique a été coupé en arrière le plus possible et malgré la grosse masse enlevée l'hémorragie n'a pas été abondante. Une cautérisation ignée complète l'opération. Pansement à l'iodoforme comme pour les autres énucléations. Afin de relever ses forces on lui fait quelques injections de cacodylate de soude.

Après une quinzaine de jours, l'état général s'est transformé complètement. Nous avions quelque doute sur le résultat de l'opération parce que après avoir énucléé le globe, nous constations que la gaîne était fortement épaissie par un tissu grisâtre qui n'inspirait pas de confiance et c'est pour cette raison que nous avons fait suivre l'opération des cautérisations ignées. L'analyse microscopique indique la choroïde comme point de départ du néoplasme.

Examen anatomique.

La tumeur forme une masse irrégulière dont les plus grands diamètres mesurent 48 × 27 × 30 mm.

On y distingue : a) le globe ; b) la masse orbitaire.

Le globe offre 22 × 22 mm. comme diamètres sa forme est irrégulièrement arrondie avec une encognure vers l'intérieur à un endroit, c'est dû peut-être au liquide durcissant (Liqueur de Muller). La cornée présente un épithélium normal. La membrane de Bowmann a disparu en grande partie, il y a infiltration de cellules rondes dans le stroma artificiel, infiltration qui va jusqu'aux cellules basales de l'épithélium. Par places, le stroma moyen offre également des foyers infiltrés. La lame de Descemet existe ; seulement du centre de la cornée part une bande vers la capsule antérieure du cristallin. La chambre antérieure est fortement diminuée de capacité. Le cristallin, fortement diminué de volume, est porté en avant et est aplati.

Comme il a été dit, la capsule antérieure est rattachée au centre à la membrane de Descemet par un pédicule de tissu conjonctif ; la structure intérieure est un peu altérée par les couches périphériques, mais davantage au centre. Elle est occupée par des parties dégénérées en masses finement granulées. Latéralement il y a eu rupture de la capsule et l'iris est prise entre ses masses. La capsule postérieure est occupée par une formation de tissu conjonctif qui va vers la tumeur intra-oculaire, et qui renferme des restes de la rétine et des éléments sarcomateux.

L'uvée doit être examinée par ses 3 parties constituantes. La choroïde du côté nasal est atrophiée, on y distingue le pigment et par places des vestiges de sa structure histologique ; la majeure partie n'existe que comme masses granuleuses. Le côté temporal offre des traces très dissociées par les éléments du néoplasme. Celui-ci occupe un peu plus de la moitié du globe. Sa masse principale est formée de cellules sarcomateuses fusiformes en disposition alvéolaire : par places, les vaiseaux sanguins y ont pris un développement tel qu'on peut parler d'un angio-sarcome. On y remarque des travées de tissu conjonctif, mais celui-ci n'appartient pas au néoplasme ; ce sont des

éléments plus ou moins dissociés de la sclérotique.

Le corps ciliaire reconnaissable par places est infiltré de cellules arrondies, transformées en partie en tissu conjonctif. Ailleurs, il a disparu. L'iris se reconnaît facilement ; elle est dégénérée en majeure partie par suite de la compression et des tiraillements successifs. Elle est encore le mieux conservée là où sa partie pupillaire pénètre dans la déchirure du cristallin. Des masses de tissu conjonctif relient le cristallin autour de son équateur à la périphérie. On n'y reconnaît que des traces de la zonule.

La rétine est décollée et dégénérée, on n'y retrouve que des éléments granulés et des cellules rondes ; elle adhère à l'ora serrata du côté nasal. Le corps vitré est représenté par une masse dense, d'un aspect vitreux sans éléments. La sclérotique est en partie bien conservée, en partie infiltrée de cellules rondes, en partie de cellules du néoplasme qui ont par places dissocié ses éléments ce qui pourrait induire en erreur et faire penser à un fibrosarcome. La papille optique est excavée et offre l'aspect glaucomateux ; le nerf optique est atrophié. Le globe a été perforé par le néoplasme du côté temporal de la papille et le sarcome a pénétré ensuite dans l'orbite.

La partie orbitaire est formée d'éléments fuso-cellulaires, à structure alvéolaire ou fasciculée ; entre eux on distingue des restes des muscles et des vaisseaux et des parties transportées de la sclérotique près de l'endroit de perforation.

Quand on se rappelle que les tumeurs rétro-bulbaires font proéminer le bulbe en avant, que celui-ci finit par être le siège d'ulcérations de la cornée avec atrophie consécutive du bulbe, caractères qui manquent dans ce cas, il est évident que le néoplasme a débuté dans le globe, devenu glaucomateux ensuite et s'était laissé perforer à travers la sclérotique. L'ensemble indique la choroïde comme point de départ du néoplasme.

Malgré qu'il y ait dix mois passés depuis notre intervention, il n'y a pas apparence de récidive. Il y a au contraire transformation complète de l'état général. Même la teinte cachectique a fait place à un facies plein de vie et de bonne santé. Il ne faut néanmoins pas perdre de vue que le sarcome de la choroïde doit être regardé comme une des maladies les plus malignes. Les métastases sont souvent à craindre.

L'avenir seul nous renseignera si l'extirpation a été faite à temps. En tout cas, jusqu'à maintenant, on ne constate pas la moindre apparence de récidive dans la cavité orbitaire.

Dr Rutten.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Durée comparative de l'anesthésie locale produite par la cocaïne, la tropacocaïne, l'eucaïne et l'acoïne.

Le Dr W. Spindler publie dans le *Wratschabnaja Gazeta de Saint-Petersburg* (n° 14, 1902) le résultat d'expériences fort intéressantes faites sur lui-même et sur deux aides pour étudier l'action comparative de l'acoïne, de la cocaïne, etc., en injections hypodermiques pour provoquer l'anesthésie locale.

Il fait remarquer que les divers succédanés de la cocaïne, tels que l'*eucaïne*, la *tropacocaïne*, n'ont pas d'avantage appréciable sur le premier de ces anesthésiques.

Seule, *l'acoïne* présente un intérêt tout particulier.

En pratiquant comparativement des injections hypodermiques de 5 cc. de solutions à 0,2 % de chacun de ces alcaloïdes il est arrivé aux résultats suivants :

L'anesthésie

Avec la cocaïne dure de	10 à 15	minutes.
Avec la tropacocaïne.	10 à 15	—
Avec l'eucaïne B....	10 à 12	—
Avec l'acoïne.....	45 à 50	—

Si l'on emploie des solutions de moitié plus faibles, soit 0,1 %, les effets sont à peu près les mêmes.

A cette dose, les injections sont absolument indolores et l'anesthésie est pour ainsi dire immédiate, instantanée pour les premiers anesthésiques, tandis que l'effet de l'acoïne est plus lent à se produire. Il faut au moins une minute pour que l'anesthésie se produise avec ce dernier produit, mais c'est là une infériorité bien minime si l'on considère la longue durée de cette anesthésie.

(Nous avons déjà relevé ce fait de la lenteur de l'évolution, anesthésique aussi avons-nous

recommandé d'employer des solutions mixtes de cocaïne et d'acoïne à doses égales.)

La vésicule, la cloque produite par l'injection est plus marquée avec l'acoïne qu'avec les autres anesthésiques ; la douleur produite par l'injection est également plus marquée, mais il n'y avait aucune douleur consécutive tandis qu'avec les 3 autres préparations, il y avait une démangeaison consécutive assez marquée pouvant durer, assez douloureuse jusqu'à 24 heures avec l'eucaïne.

Le résultat de ces expériences ont engagé Spindler à remplacer pour l'anesthésie par infiltration la cocaïne par la solution préconisée déjà par Trolldenier.

Acoïne.....	0,1 à 0,2
NaCl.....	0,8
Aq.dist.....	100,0

Au moyen de cette solution, on peut pratiquer toute opération d'une durée de plus de 15 minutes ; la longue durée de l'anesthésie permet l'ablation de tumeurs et diverses autres opérations pour ainsi dire sans douleur. Dans certaines formes de névralgies, l'acoïne a aussi donné de bons résultats. Pour l'expression de granulations avec la pince de Knapp, l'auteur a obtenu une insensibilité parfaite qui permit l'extirpation des granulations même dans les angles palpébraux où il est si difficile de pénétrer avec la pince. La réaction dans ces cas est assez violente ; mais en 3 à 5 jours tout à repris son aspect normal.

D'après Trolldenier, l'*acoïne* possède une action bactéricide puissante qui même à 1 °/₀ empêche le développement des microbes et permet de conserver la solution aseptique.

Spindler, au contraire, a trouvé que des solutions à 1 et 2 °/₀ contenaient au bout de quelques semaines des moisissures.

En tous cas, la découverte de l'acoïne constitue un grand progrès dans les applications de l'anesthésie locale.

A. D.

P. Morgano (Catane.) — **Les injections sous-conjonctivales de solution saline physiologique, suivant la formule de Pohel dans quelques affections oculaires.**

Le prof. Pohel a proposé un *sal physiologicum* contenant tous les éléments actifs osmotiques du sérum sanguin, dont la composition est la suivante :

Na.....	21.05 °/₀
Na^2O	11.02 »
K^2O	4.61 »
Ca O	1.38 »
Mg O.....	0 21 »
Cl...	33.09 »
SO^3...	2.39 »
P^2O^5.	1.74 »
CO^2.....	17.79 »

Ce sel est préparé par Merk à Darmstadt, en pastilles comprimées de 1 gr. La solution à 1.5 % dans l'eau distillée bouillie correspondrait presque à la composition saline du sérum sanguin et agirait en élevant la pression osmotique des humeurs dans les tissus et en exerçant une action bio-chimique sur les organes enflammés et sur les produits de l'exsudation, action capable de favoriser, par des modifications histobiologiques et chimiques, la résorption des exsudats.

Après des expériences sur le lapin, ayant démontré la tolérabilité et l'innocuité parfaites des injections, et ayant témoigné aussi que la solution saline pénètre dans l'œil peu de temps après son injection sous la conjonctive et rend l'humeur aqueuse, ainsi que le vitré et les autres tissus oculaires, plus alcalins qu'à l'état normal, Morgano a pratiqué le traitement chez 13 malades, dont les observations peuvent se résumer ainsi :

1° *Choroïdite plastique binoculaire avec décollement rétinien* ; guérie parfaitement dans l'O D., où l'affection était récente, et remarquablement améliorée dans l'œil gauche, où la choroïdite et le décollement dataient de deux mois environ. Des deux côtés l'amélioration commença à se déclarer après la deuxième injection. Au bout de 7 injections (1 c.c. de la solution à 1.50/0, tous les 2 jours) à l'O. G. et de 6 à l'O. D., la V. remonte respectivement à 2/3 et 1/30, tandis qu'auparavant elle était réduite à 2/60 pour l'O. D. et à la simple perception de la lumière pour l'œil gauche.

2° *Décollement rétinien traumatique, parfaitement guéri au bout de* 11 *injections* (V. remontée de 1/100 à 1/4).

3° *Choroïdite plastique centrale d'origine récente, guérie au bout de* 14 *injections.*

(amélioration remarquable de V. et ch. vis., de suite après la première injection). .

4° *Choroïdite séreuse chronique et décollement rétinien* (rechute) améliorés après 8 injections.

5° *Choroïdite disséminée avec staphylome et décollement rétinien (microphtalmos et corectopie congénitale) aux deux yeux.* Amélioration légère, après 9 injections, del'O. D., atteint depuis longtenps, et recollement de la rétine avec amélioration considérable de V. dans l' O. G., atteint depuis 12 jours.

6° et 7° Choroïdite spécifique très considérablement améliorée d'après la V. et le ch. v. à la suite des injections sous-conjonctivales, tandis que le simple traitement spécifique n'avait presque pas donné de résultat.

8° *Irido-cyclite à rechutes,* probablement de nature sympathique. Au bout de 2 injections, suppression de la douleur et arrêt du processus inflammatoire. Après 9 injections, V. remontée de 0,8/60 à 3/60.

9° *Choroïdite chronique et décollement rétinien.* Résultat très médiocre.

10° Chorio-rétinite exsudative. Amélioration remarquable de V., de ch. v. et de l'aspect ophtalmoscopique, au bout de 14 injections.

11° *Commotion rétinienne, pâleur de la papille, péri-névrite rétrobulaire.* Améliorations remarquables après 7 injections, V. remontée de 1/60 à 1/10.

12° *Iridocyclite plastique infectieuse.* Au bout de deux injections, plus de douleurs. Résorption rapide des exsudats. Amélioration progressive de V., après 6 injections, remontée à 1/4.

13° *Choroïdite exsudative très ancienne.* Résultat extraordinaire, car la malade, qui ne pouvait même pas suivre les mouvements de la main, depuis 22 ans, peut aujourd'hui (après 7 injections) compter les doigts à plus d'un mètre.

14° *Décollement rétinien.* Résultat brillant, mais non durable.

Tout en faisant des réserves sur quelques-unes de ces observations, dont il serait impossible de discuter ici les détails, il se dégage du travail de Morgano la démonstration de l'utilité réelle des injections salines sous-conjonctivales. En tout cas, l'innocuité du traitement, qui peut être associé, sans aucun désagrément pour le malade, à tout autre traitement mercuriel, ioduré, etc., nous engage à l'essayer dans les affections inflammatoires, surtout exsudatives, des membranes profondes de l'œil. L'amélioration serait rapide, après deux ou trois injections, se manifestant par l'élévation de la V., l'élargissement du ch. vis. et l'éclaircissement du vitré. Les chances de succès sont d'autant plus grandes que l'affection est plus récente. Quant au décollement rétinien, ces injections de sel physiologique seraient au moins aussi efficaces que les injections de chlorure de sodium, mais avec l'avantage d'être indolores et de pouvoir être répétées même tous les jours, sans provoquer d'adhérences dans l'épisclère. Dans des cas rebelles, la solution à 2 0/0 peut être employée sans crainte ; il sera préférable de préparer chaque fois la solution, de l'injecter à une température de 37° environ et d'appliquer ensuite sur l'œil des compresses tièdes pendant une heure environ, ce qui facilitera de beaucoup l'absorption du sel.

A. Antonelli.

Emmert.— **Le protargol et le cuprol dans les affections oculaires.** (*Thérap. Moderne russe*, n° 2 et 3, 1902.)

Emmert a constaté que dans l'ophtalmie blennorrhagique des nouveau-nés, dans les catarrhes aigus et chroniques avec sécrétions abondantes, dans les ulcères de la cornée, compliqués de catarrhe de la conjonctive, dans les ulcérations des bords et des angles des paupières, dans les eczémas pustuleux et humides de la peau palpébrale, dans le catarrhe des foins de la conjonctive, dans la blennorrhée dacryocystique, enfin dans les brûlures de la conjonctive, le protargol exerce une action excellente.

Il présente cet avantage sur les autres moyens généralement employés dans ces cas qu'il peut être employé sous une forme autre que ces substances et à un degré de concentration plus élevé.

Le protargol agit le mieux sous forme de pommade (avec la vaseline ou la lanoline de 5 à 20 0/0), mais les malades réagissent différemment à l'action du protargol et dans certains cas, si l'on emploie des pommades par trop concentrées, on peut provoquer de l'eczéma. Il faut donc commencer par une pommade à 5 0/0, à 100/0 au plus. Les pommades lanolinées sont généralement mieux supportées que les pommades vaselinées.

Quant aux instillations, Emmert les emploie plus rarement et pour les deux raisons que voici :

1° Chez certains malades les gouttes instillées dans le sac conjonctival pénètrent très rapidement par les canaux lacrymaux dans l'arrière-gorge et provoquent une sensation excessivement désagréable (la saveur du nitrate d'argent) ;

2° L'application fréquente du protargol sous forme de gouttes peut développer rapidement de l'argyrose.

On peut toutefois éviter les instillations fréquentes du protargol grâce au *cuprol*, qui est une combinaison cupro-protéique de protargol. Le cuprol se présente sous forme d'une poudre gris vert, soluble dans l'eau dans la proportion de 33 1/3 0/0 et formant ainsi un liquide stable gris vert. Le cuprol, comme du reste le protargol, ne se dissout complètement que lorsque la poudre reste dans l'eau pendant deux ou trois heures. Autrement, le cuprol reste en suspension dans l'eau et au bout de peu de temps se dépose au fond du flacon.

Le cuprol détermine une sensation de brûlure ; mais cette sensation est moins prononcée que pour le sulfate de cuivre ou le sulfate de zinc et elle dure moins longtemps. Bien que le cuprol ne possède pas toutes les propriétés du protargol, il n'en constitue pas moins un excellent médicament pour diminuer la secrétion et l'état inflammatoire.

C'est dans les catarrhes de la conjonctive que les instillations d'une solution de cuprol à 1-5 %, pratiquées une ou plusieurs fois par jour, donnent des résultats particulièrement favorables. (*R. de Thér.*) J. ROUBLEFF.

La dionine dans la pratique ophthalmologique. (*Thérap. Moderne Russe*, n^{os} 2 et 3, 1902.) — ZATOLOFF a fait de sérieuses recherches tant cliniques qu'expérimentales sur l'action de la dionine dans de différentes modifications pathologiques de l'œil et voici à quelles conclusions il est arrivé.

1° La dionine introduite dans le sac conjonctival, soit sous forme de solution (dont la concentration varie de 3 à 10 0/0), soit sous forme de poudre, détermine toujours l'injection de cette muqueuse, une sensation de brûlure, une sécrétion exagérée de larmes et un chémosis partiel *non inflammatoire* ;

2° L'apparition du chémosis et son volume, résultant de l'action de la dionine sur la circulation de la lymphe, dépendent de plusieurs facteurs : *a*) du fait que la dionine a été déjà appliquée auparavant, dans ce dernier cas le chémosis finira par ne plus se produire ; *b*) de la concentration de la solution ; *c*) de l'âge du malade (le chémosis est plus fréquent chez les individus âgés ; *d*) de particularités idiosyncrasiques ;

3° La dionine ne peut pas être considérée comme un myotique sûr, car le rétrécissement de la pupille qu'elle provoque pendant les premiers moments doit être mis sur le compte de l'irritation réflexe ;

4° La dionine n'exerce aucune action sur l'accommodation ;

5° Elle n'augmente pas la pression intraoculaire ;

6° L'examen microscopique des yeux dioninisés (expériences sur des chiens) montre une dilatation des vaisseaux sanguins et lymphatiques de la conjonctive, mais on n'observe pas de modifications des tissus de la cornée ni aucune modification inflammatoire de la muqueuse palpébrale, ni du globe oculaire ;

7° La dionine exerce jusqu'à un certain degré une action de résorption dans les phlyctènes, les épisclérites et les infiltrations de la cornée. Elle est également utile dans le décollement de la rétine ;

8° La dionine en solution de 10 0/0, ou en poudre, exerce une action analgésique très prononcée dans les iridocyclites et le glaucome aigu.

Andogski estime que la dionine doit être considérée *non pas comme un anesthésique, mais comme un analgésique* et qu'à ce point de vue elle est tout à fait supérieure à tous les autres moyens.

Comme Zataloff, il a constaté l'action favorable de la dionine dans le glaucome aigu et les iridocyclistes ; même action très favorable dans le décollement de la rétine, où le processus sous l'influence de la dionine s'arrête et la vue s'améliore.

Belliarminoff attire l'attention sur la propriété d'accélération de la circulation lymphatique que possède la dionine ; c'est grâce à cette propriété que l'échange de liquides dans le segment antérieur de l'œil s'accélère.

En ce qui concerne l'action analgésique de la dionine dans le glaucome aigu, Belliarminoff cite ce fait que quelques grains de pou-

dre de dionine ont suffi pour calmer des douleurs qui avaient résisté à l'ésérine et à la pilocarpine.

Dans la kératite parenchymateuse la dionine n'est pas contre-indiquée, même s'il existe des phénomènes d'irritation.

En se basant sur un certain nombre de cas de ce genre, Belliarminoff conclut que la dionine diminue quelque peu la durée des processus pathologiques et que l'irritation de l'œil, loin d'augmenter, diminue considérablement.

Il émet aussi cet avis qu'il y aurait lieu d'essayer la dionine sous forme de pommade.

Souroff a employé la dionine aussi bien sous forme de solutions que sous forme de pommade et en se basant sur 58 observations personnelles, il arrive à la conclusion sensiblement la même que les précédents auteurs.

Il estime que la dionine est particulièrement utile dans les ulcères infectieux de la cornée, lorsqu'il y a du pus dans la chambre antérieure.

Dans les iritis, il est bon de combiner la dionine à l'atropine. Au contraire, dans les affections des milieux profonds de l'œil, la dionine ne donne aucun résultat. La dionine ne produit pas d'anesthésie complète en cas de corps étrangers de la cornée.

D'un autre côté, la dionine détermine un œdème de la conjonctive, aussi est-elle contre-indiquée dans les grandes opérations ophtalmologiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

COMPTE RENDU DU CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE HEIDELBERG.

Séances des 4, 5 et 6 aout 1902.

Séance du lundi matin. Président : M. Dor.

Roemer (Wurzbourg.) — **Nouvelles recherches sur la sérothérapie de l'ulcère de la cornée.**

R. insiste sur l'importance, au point de vue social, de l'ulcère serpigineux de la cornée ; il s'appuie sur les chiffres fournis par une société d'assurance. Le chiffre des indemnités demandées pour ulcères serpigineux de la cornée est monté de 0 % à 60 % environ, de tous les traumatismes oculaires. — La spécificité de l'ulcère serpigineux, démontrée par Uhthoff et Axenfeld, a été vérifiée par Rœmer qui a trouvé le pneumocoque l'état de pureté dans 95 % des cas. R. a réussi à produire un sérum pneumococcique qu'il a expérimenté sur les animaux, et 8 fois sur l'homme. — R. croit pouvoir conjurer les dangers de l'ulcus serpens par l'emploi de son sérum.

Discussion : — Axenfeld salue avec joie la découverte de Rœmer, qui promet les plus heureux succès ; il profite de l'occasion pour rappeler l'importance, au point de vue prophylactique, de l'extirpation du sac lacrymal.

Raehlmann (Münich). — **Sur les lésions du bord des paupières et du cartilage tarse dans le trachome. (Avec démonstration de préparations histologiques par Raehlmann.)**

Tandis que les autres affections de la conjonctive n'intéressent pour ainsi dire pas le cartilage tarse, l'inverse est presque la règle dans le trachome ; aussi, on peut admettre que le cartilage prend une part spéciale dans cette affection. — Au point de vue clinique, cette participation du cartilage se manifeste par une modification de la sécrétion des glandes qu'il renferme. — La sécrétion des glandes de Meibomius, normalement claire et transparente et produite en quantité à peine appréciable, est secrétée avec profusion dès qu'il y a des follicules sur le tarse et la conjonctive ; elle devient trouble, et quand les follicules du tarse sont nombreux, en particulier quand il y a des altérations secondaires, telles que des ulcérations, elle se présente sous forme d'un amas finement grumeleux. Quelquefois, on y trouve des concrétions solides, telles que des grains de chaux. — Cette sécrétion s'exprime facilement par compression sur le bord des paupières, qu'elles recouvrent souvent, et, dans les cas d'ectropion notable on la voit remplir le cul-de-sac. Normalement, l'orifice des glandes de la paupière est punctiforme, il devient plus large et saillant, et siège au centre d'une éminence rouge produite par le gonflement du tissu de la paupière.

Quand les follicules sont ulcérés en grand nombre et quand la cicatrisation est terminée, la surface de la partie postérieure de la bande intermarginale de la paupière est hérissée

d'aspérités. Si le processus continue à évoluer, le bord antérieur de la paupière se modifie d'une manière notable. Le tissu qui environne la racine des cils est gonflé, la matrice du cil est élargie, de sorte que, autour de la base de la racine des cils, des excavations profondes se forment.

La sécrétion des glandes sébacées des cils devient plus fluide. Quand cette forme de blépharite est très developpée, la conjonctive du tarse est déjà fortement cicatrisée et épaissie dans ses deux tiers supérieurs. — On voit alors souvent, au niveau du tiers inférieur, tout près de l'angle interne de la paupière, des follicules très nombreux. Dans quelques cas graves les follicules peuvent même envahir le bord de la paupière, et se transformer en ulcères. Quelquefois, lorsque l'épaississement du bord de la paupière est notable, le cartilage de cette région peut s'amollir et même se rétrécir par atrophie. L'atrophie progressive du tarse qui suit son épaississement est particulièrement fréquent quand la conjonctive a subi la dégénérescence gélatineuse. Rarement, on observe un épaississement considérable du cartilage par dégénérescence amyloïde et hyaline. Le tableau suivant montre les rapports des altérations des glandes meibomiennes et du bord des paupières avec les différentes phases des altérations de la conjonctive.

Recherches sur 657 paupières trachomateuses.

	Siège du follicule dans			Cicatrices	
	la conjonctive du fornix.	la conjonctive du tarse.	Ulcération du tarse et du fornix — Infiltration gélatiniforme.	superficielles de la conj. du tarse	profondes en nappe de la conj. du tarse.
Nombre des paupières examinées	60	61	25	260	251
Bord des paupières : gonflé, épaissi	7 %	12 %	44 %	38 %	91 %
Angle antérieur et sol ciliaire : gonflé, épaissi, etc	3 »	8 »	48 »	40 »	91 »
Région intermarginale, hyperémiée, crevassée, bosselée	0 »	0 »	0 »	2 »	20 »
Région intermaginale : couverte de mousse	12 »	44 »	52 »	31 »	53 »
Glandes de Meibomius : altération des orifices, sécrétion anormale	8 »	28 »	56 »	55 »	85 »
Bord postérieur de la paupière : épaissi, usé, crevassé, poli	5 »	11 »	20 »	24 »	43 »
Follicules sur le bord postérieur de la paupière	0 »	6 »	6 »	4 »	8 »
Trichiasis	0 »	0 »	8 »	7 »	25 »
Madarosis	0 »	0 »	0 »	7 »	27 »
Tarse épaissi	0 »	0 »	6 »	32 »	84 »
» ramolli	1 »	3 »	31 »	18 »	34 »
» courbé	0 »	0 »	15 »	5 »	50 »
» recroquevillé	0 »	0 »	0 »	0 »	34 »

Les recherches histologiques fournissent les mêmes résultats. Dès le début de l'affection de la conjonctive palpébrale, l'inflammation ne se limite donc pas, comme on le pense généralement, sur la conjonctive, mais elle dépasse régulièrement les limites du plan sous-muqueux. En particulier, quand les follicules sont réunis en amas, l'infiltration des petites cellules du voisinage s'étend régulièrement dans la profondeur du cartilage, et s'enfonce plus il y a de follicules, elle atteint souvent jusqu'aux accini des glandes de Meibomius. Le siège de prédilection de cette invasion de petites cellules est le milieu du cartilage, endroit où les gros vaisseaux de ce dernier communiquent avec ceux de la conjonctive. Les cellules rondes se réunissent souvent entre ces vaisseaux, sous forme d'amas sphériques, ayant une structure semblable aux follicules. Dans les cas très avancés de trachome grave, quand les follicules sont enlevés de la conjonctive du tarse, et que les cicatrices sont nouvelles, on trouve, à l'intérieur du cartilage, des follicules typiques de grandeur variée.

Le plus souvent, ces follicules disparaissent en laissant une cicatrice, et provoquent ainsi sur une certaine étendue l'atrophie des accini des glandes de Meibomius. Dans la suite, il se produit une infiltration diffuse de cellules rondes et de nombreux follicules dans le tarse. Quelquefois, ces follicules pénètrent dans l'intérieur des glandes de Meibomius ; et dans certains cas rares, on peut observer une perforation de la peau, de la paupière inférieure surtout. Souvent, la formation de ces follicules peut étrangler les glandes et séparer la partie supérieure de la partie inférieure. Les glandes ainsi étranglées peuvent se transformer en kystes, et se remplissent alors d'un contenu cireux et homogène ; quelquefois aussi, il est grumeleux ou corné. Les glandes étranglées restent souvent en communication avec le canal principal, et peuvent ainsi expulser leur produit sur le bord des paupières et dans le cul-de-sac conjonctival.

Dans quelques cas, ces cavités expulsent leur épithélium, et restent alors complètement vides. Tandis que dans les parties supérieures du cartilage, les glandes ont en partie disparu, nous en trouvons encore souvent les traces

sur le bord des paupières. Quand la transformation du bord des paupières et du tarse en est arrivée à ce point, la cicatrice solide de la conjonctive a déjà produit une courbure notable du tarse. Cette évolution vers l'entropion est très fréquente, mais non constante dans le trachome. Souvent, malgré la gravité du trachome et la part notable que prend le cartilage l'entropion peut ne pas se produire. Le cartilage s'atrophie, les glandes de Meibomius disparaissent et cependant la paupière ne se déforme pas ; il n'y a pas d'entropion. Dans ces cas, l'inflammation du tarse qui accompagne la maladie de la conjonctive produit une atrophie du cartilage en même temps que la cicatrice de la conjonctive. Les formes graves de l'inflammation du tarse avec infiltration gélatineuse de la conjonctive se terminent plus souvent par atrophie du tissu de la paupière que par entropion. Les déformations les plus accentuées du tarse se produisent quand le milieu de sa surface a été le siège de follicules.

Quand il y a atrophie du cartilage, il y a habituellement aussi des altérations atrophiques de la cicatrice conjonctivale. Il y a donc des modifications identiques des tissus, d'une part du côté du cartilage, dans lequel les glandes de Meibomius ont entièrement disparu, d'autre part dans la cicatrice de la conjonctive. Dans les deux, on trouve des fibres scléreuses épaisses, dont les faisceaux sont disposés le plus souvent sagittalement, et renferment entre leurs fibres de nombreuses cellules fusiformes.

Dans le dernier stade de l'évolution d'un trachome grave, on trouve, à la place du tissu conjonctif cicatriciel riche en sclérose, un fin tissu réticulaire dans les mailles duquel on trouve de grosses cellules allongées. Le tissu cicatriciel du tarse et de la conjonctive a disparu par suite de la dégénérescence, et après la fonte des cellules graisseuses, le fin tissu réticulaire est seul demeuré. Les dernières modifications, l'évolution du processus trachomateux, ont pour théâtre le tissu du bord de la paupière. Là, à côté d'un cartilage complètement atrophié et d'une conjonctive entièrement cicatricielle, on trouve souvent encore des follicules typiques, dans la partie inférieure du tarse et de la conjonctive, tout près du canthus interne. Quelquefois, on trouve aussi les follicules dans le tissu du bord de la paupière fortement infiltré.

Les glandes de Moll présentent des altérations identiques à celles des glandes de Meibomius. Dans le trachome évolué, les glandes lacrymales accessoires présentent une modification remarquable : précisément dans le cas où les glandes de Meibomius sont fortement atrophiées, elles sont développées d'une manière extraordinaire ; en outre, elles sont enfoncées bien plus avant dans la conjonctive et plus rapprochées du bord libre des paupières. Leur augmentation de volume et leur enfoncement sont tellement notables que, vues en coupe sagittale, elles apparaissent sous forme d'une tache du quart de la hauteur de la paupière. Cet agrandissement des glandes lacrymales accessoires a peut être un rôle de suppléance en faveur des glandes nombreuses atrophiées par le trachome. Grâce à l'importance de ces glandes, on peut admettre qu'après l'atrophie de toutes les autres, la conjonctive pourra être encore suffisamment lubréfiée.

Telles sont les altérations que l'on observe dans le cartilage et le bord des paupières dans les cas de trachome grave.

Ce type suppose les variétés les plus diverses et les altérations peuvent cesser à n'importe quel stade de la maladie, et évoluer d'une façon ou de l'autre vers la guérison.

Bach (Marbourg.) — **Sur les centres de la pupille.**

Bach parle des recherches faites en commun avec Jean Meyer sur le chat trachéotomisé et respirant artificiellement. Ces deux auteurs désiraient étudier l'influence de la section de la moelle cervicale et de la moelle allongée sur la réaction photo-pupillaire.

Voici, brièvement résumé, le résultat de ces recherches.

Les sections de la moelle n'ont pas d'influence sur la réaction photo-pupillaire de la pupille. Des sections en un endroit bien déterminé vers la partie spéciale du quatrième ventricule suppriment immédiatement le réflexe photo-pupillaire. Quand on fait une section unilatérale au même endroit, on obtient une paralysie de la papille de l'autre côté. Des excitations mécaniques ou autres portées sur le plancher du quatrième ventricule produisent la contraction de la pupille et sa paralysie. Cette paralysie et cette contraction de la pu-

pille peuvent être supprimées par des sections faites du côté du cerveau sur la partie spinale du quatrième ventricule ; bien plus, la réaction est très rapide après ces sections.

Les résultats de ces recherches s'expliquent par l'hypothèse d'une influence régulatrice de l'extrémité de la partie spinale du quatrième ventricule sur le réflexe pupillaire ; il y aurait en cet endroit un centre réflexe inhibiteur.

Une injection de nicotine dans l'orbite paralyse, au bout de quelques secondes, le sphincter pupillaire du même côté, et quelques secondes après le même muscle de l'autre côté. Ce résultat est en faveur de la présence de cellules nerveuses sympathiques dans l'orbite, et de la nature sympathique du ganglion ciliaire, sans s'opposer à la possibilité de sa nature mixte. Des recherches sur le noyau oculo-moteur de l'homme dont un œil était phtisique ou perdu depuis de longues années, n'ont pas confirmé les affirmations de Bernheimer sur les noyaux d'Edinger-Westphal.

PETERS (Rostock). — **Modifications de l'épithélium ciliaire dans l'intoxication ou par la naphtaline et l'ergotine.**

Pour ses dernières recherches sur la pathogénie de la cataracte, l'auteur a énucléé les animaux intoxiqués, aussitôt après la première apparition des lignes troubles bien connues du cristallin, et il a trouvé des altérations de l'épithélium cubique aussi bien que de l'épithélium pigmenté des procès ciliaires et de la face postérieure de l'iris. Ces altérations consistaient, du côté de l'épithélium, en l'apparition d'espaces creux, remplis d'une sécrétion vitreuse. L'épithélium pigmenté de son côté était gonflé.

Discussion : VOSSIUS a observé la cataracte chez des femmes de 30 à 40 ans, atteintes de goitre et ne présentant aucune autre affection. La cataracte était nucléaire. Vossius croit devoir attribuer la cataracte au goitre et admet une influence toxique.

SCHMIDT-RIMPLER a observé une épidémie de tétanos avec complication de cataracte ; il croit que les spasmes ont provoqué la cataracte.

UHTHOFF n'est pas enclin à admettre une relation directe entre le goitre et la cataracte.

WAGENMANN a observé l'apparition d'une cataracte peu de temps après la thyroïdectomie.

SATTLER fait remarquer que la cataracte est observée rarement dans la maladie de Basedow.

PETERS ne croit pas qu'il faille attribuer la cataracte aux spasmes ; il admet plutôt qu'elle est sous la dépendance des toxines. Il a observé des altérations de l'épithélium dans des cas où il n'y avait pas eu de spasme.

ELSCHNIG (Vienne). — **Lésions artificielles histologiques du nerf optique.**

E. a observé souvent les altérations du nerf optique décrites et démontrées par Siegrist l'an dernier ; il les regarde comme des infractus causés par des froissements du nerf optique au moment de son enlèvement ou pendant les manipulations. Chaque fois qu'il a enlevé lui-même le nerf sur le cadavre avec les précautions voulues, il n'a plus observé d'altérations.

Discussion : LIEBRECHT pense qu'à côté de ces infractus, il y a d'autres altérations pathologiques semblables dans le nerf optique,

E. v. HIPPEL (Heidelberg). — **Sur le développement de la gouttière fœtale du globe.**

Un lapin qui présentait un colobome du nerf optique transmit cette malformation à une partie (20 °/₀) de ses descendants. Les recherches ont porté sur des fœtus de 13, 14, 15, 16 et 18 jours, et sur des nouveau-nés, en tout, sur 112 yeux et 23 colobomes.

Le colobome provient de ce fait qu'une mince languette de tissu méso-dermique empêche la fermeture de la gouttière fœtale ; dans les premiers stades, cette languette est tellement mince que les bords de la vésicule oculaire se touchent presque ; plus tard, elle s'élargit. Jusqu'au 16ᵉ jour inclusivement, l'accroissement de la vésicule oculaire est proportionnelle à celle du contenu de l'œil, les feuillets de la vésicule sont unis, sans plis. A partir du 18ᵉ jour, l'accroissement de la vésicule oculaire augmente, et ses feuillets ne peuvent plus s'agrandir sans se plisser ; la rétine se replie vers le mésoderme et se dédouble, son feuillet externe prend des adhérences avec le mésoderme voisin. Plus tard, la

rétine dépasse les limites du mésoderme en se plissant, et s'étend vers l'intérieur du bulbe. L'absence de choroïde et des couches internes de la sclérotique dans la région du colobome est secondaire ; dans les premiers stades du colobome, le mésoderme voisin n'est pas encore différencié. Au point de vue étiologique, on pouvait admettre : 1° un processus inflammatoire ; 2° une altération des cellules de la vésicule oculaire par une toxine quelconque ; 3° l'influence d'une compression de l'amnios ; 4° une anomalie de développement au cerveau. Le seul facteur étiologique certain était l'hérédité du côté du père. Le colobome est dû à un arrêt de développement. La situation défectueuse de la rétine dans la vésicule optique est démontrée.

Discussion : Wagenmann a observé la transmission du colobome de la mère à un fils.

Pfluger demande si les vaisseaux étaient normaux.

Laqueur demande s'il y a une prolifération active du mésoderme.

Wagenmann (Iéna). — **Sur l'anesthésie locale au chlorure d'éthyle.**

W. a d'abord fait des recherches sur les animaux afin de savoir si le chlorure d'éthyle versé dans le cul-de-sac conjonctival est dangereux. Il a constaté que, versé en petite quantité et une seule fois, il ne produit pas de lésions, mais que, versé en plus grande quantité il peut déterminer des troubles de la cornée ; de même quand il tombe directement sur la cornée en quantité suffisante pour déterminer un abaissement appréciable de la température. W. emploie cet agent depuis longtemps avec succès pour les opérations sur les paupières et le sac lacrymal. Il a construit avec Hertel un appareil qui permet de très bien localiser le jet. Pour protéger le globe. W. place un écran en gomme dans le cul-de-sac, et il recouvre la fente palpébrale avec un tampon. La durée du refroidissement doit être aussi courte que double, afin d'éviter l'irritation de la peau.

Discussion : Schmidt-Rimpler a aussi employé le chlorure d'éthyle dont il recommande l'emploi.

Franke préfère l'anesthésie locale suivant la méthode de Schleich.

Pflüger (Berne). — **L'anesthésie générale à la clinique ophtalmologique de Berne.**

Pflüger emploie pour l'anesthésie générale un mélange de chloroforme et d'air ; un appareil spécial permet de régler exactement les proportions du mélange, cet appareil est fondé sur le principe de Kromeker ; grâce à cet appareil, Pflüger ne s'occupe plus de la profondeur de la respiration, et il peut porter le mélange de chloroforme et d'air sous une certaine pression dans le poumon du patient. Pflüger pense que l'administration du chloroforme est ainsi beaucoup plus agréable et surtout moins dangereuse pour le malade.

Discussion : Nierden est aussi partisan du mélange de chloroforme et d'air, il attire l'attention sur la narcose par les injections sous-cutanées de scopolamine, employées avec succès récemment, à la clinique chirurgicale de Berne.

Thier emploie l'éther.

Laqueur n'est pas aussi optimiste que Pflüger en ce qui concerne la narcose par le chloroforme.

Schoenemann recommande de surveiller le réflexe pituitaire.

Meierhof emploie avec succès l'injection de morphine avant la narcose.

Elschnig croit que l'anesthésie par l'éther est la meilleure méthode pour les personnes jeunes dont les voies respiratoires sont saines.

Augstein se prononce pour l'anesthésie au chloroforme.

Fuchs (Vienne). — **Sclérite postérieure.**

F. a observé récemment l'affection suivante : un jeune homme souffrait de maux de tête, de douleurs pendant les mouvements de l'œil en dehors ; il présentait en outre une diminution de la vision améliorée par des verres convexes. — La rétine était trouble œdématiée et gonflée dans la région du pôle postérieur.

En l'espace de dix jours la guérison fut complète, l'acuité visuelle devint normale et l'hypermétropie disparut, ainsi que les troubles de la rétine. F, regarde cette affection comme une sclérite postérieure, compliquée d'œdème de la choroïde et de la rétine.

STOCK (Fribourg). — **Recherches expérimentales sur la localisation des altérations oculaires d'origine endogène.**

L'auteur donne d'abord un court aperçu sur les recherches expérimentales concernant l'ophtalmie sympathique. — Il a vérifié lui-même d'une part les travaux de Gesparini, Belljarminoff, et Selenkowsky, d'autre part ceux de Panas et de Moll.

Il n'a pas réussi à provoquer l'inflammation d'un œil par des injections de toxines de bacilles diphtéritiques, de staphylocoques, dorés et de coli-bacilles dans l'autre œil.

Il a traité 15 animaux par la toxine diphtéritique, 11 par la toxine du staphylocoque doré et 5 par la toxine du côli-bacille. Mais après des injections de toxines de bacilles pyogènes dans les veines de l'oreille du lapin, il a obtenu souvent une inflammation de l'œil.

S. résume ses recherches suivant la gravité de l'infection et la nature de la blessure de l'œil.

NATURE DE L'INFECTION.	GRAVE.	MOYENNE après 2-8 jours.	BÉNIGNE.
Œil non blessé...	6 métastases (5=83 %)	5 métastases (3=60 %)	4 métastases (0=0 %)
Cuivre dans la chambre antérieure.....	4 métastases (2=50 %)	9 métastases (3=33 %)	3 métastases (1=33 %)
Huile de croton dans le corps vitré.....	6 métastases (6=100 %)	8 métastases (7=87 %)	2 métastases (0=0 %)

Les métastases se présentaient presque exclusivement sous forme d'embolies bactériennes sur la face antérieure de l'iris (iritis granuleuse).

Sur un animal, il a observé aussi, à côté de l'iritis, une choroïdite très étendue. — L'affection guérit.

L'auteur tire de ses recherches les conclusions suivantes :

1° Dans les cas d'infection générale du sang chez le lapin, on observe très souvent des métastases dans l'iris. — La fréquence est en raison directe de la gravité.

2° L'iritis granuleuse et la choroïdite disséminée peuvent être causées aussi par une infection pyogène mais non tuberculeuse.

3° L'iritis granuleuse peut guérir comme l'iritis simple — les bactéries peuvent donc produire dans l'œil une inflammation modérée.

4° L'auteur ne peut pas affirmer que l'inflammation d'un œil peut produire une métastase sur l'autre.

Sur 13 animaux dans les veines desquels on avait injecté des bacilles de la tuberculose, 13 fois on observa de l'iritis et de la choroïdite. Chez un animal l'affection guérit, preuve que l'iritis tuberculeuse disséminée peut guérir.

Discussion : — UHTHOFF et WAGENMANN signalent des cas de guérison de tubercules de la choroïde.

VOSSIUS a observé des iritis granuleuses avec absence de bacilles tuberculeux.

AXENFELD croit que la fréquence des métastases dans les recherches de Stock s'explique par ce fait que les injections de bactéries ont été faites directement dans les vaisseaux.

(*A suivre.*) Dr ABT.

BIBLIOGRAPHIE

Dr FISCHER. — **Préparations iodées et papille de stase.** (*Wochenschrift f. Ther. u. Hyg. des Auges.* V. Jahrg, n° 31).

L'auteur rapporte une série de cas où l'acuité visuelle, fortement amoindrie à la suite d'une papille de stase, a été très heureusement influencée par l'iode.

Le gonflement de la papille a disparu et l'acuité visuelle s'est relevée d'une manière notable. L'action curative de l'iode s'expliquerait par les relations entre la papille de stase et les néoformations des centres nerveux. L'iodrubidium mérite la préférence sur toutes les préparations iodéee, car, à côté de ses propriétés très actives, cette substance peut être prescrite à de fortes doses ; s'il y a des signes d'iodisme, donner de l'extrait de belladone. Combattre l'abattement par des bains chauds et des solutions faibles de strychnine.

Dans les cas douteux d'atrophie du nerf optique, les fortes doses d'iodrubidium peuvent donner d'excellents résultats, tandis que les frictions, trop souvent prescrites encore, amènent rapidement la perte de la vue.

2° Cyclite spécifique subaiguë consécutive à une ulcération traumatique. — Plaie de la

* *

cornée chez une femme de 40 ans produite par une allumette enflammée, et datant de 3 mois. — Deux transfixons successives de la cornée avaient été faites, l'atropine et la scopolamine n'avaient produit aucun résultat, la tension était descendue bien au-dessous de — 2; enfin un exsudat pointillé s'était déposé sur la membrane de Descemet, F.,consulté, trouve sur le corps des traces d'une ancienne syphilis, l'examen du mari confirme l'infection. F. porte le diagnostic de cyclite spécifique réveillée par un traumatisme et localisée au *locus minoris résistentiae*. Il abandonne le traitement précédent, moins les compresses chaudes — et prescrit des frictions; au bout de 14 jours, l'affection cède.

Le succès du mercure est tellement éclatant que le diagnostic s'impose ex juvantibus.

3° Diphtérie du sac lacrymal. — Chez un enfant de 3 ans, syphilitique héréditaire — atteint de coryza chronique — se développe un œdème de la paupière au point que l'œil ne peut plus être découvert. L'attouchement des paupières est douloureux, et on constate un gonflement limité dans la région du sac lacrymal, qui lui aussi est très douloureux au toucher ; — quelques petits points blancs sur les amygdales, mais les lésions sont bien plus nettes du côté du nez, dont la muqueuse du côté droit est recouverte par une membrane unie, épaissie et adhérente. F. diagnostique une lésion secondaire du sac lacrymal ; l'affection primitive est la rhinite. On s'abstient de thérapeutique locale. Deux jours après une injection de sérum de Behring, le gonflement du sac disparaît, aussi que l'œdème des paupières. F. A.

D[r] H. Bondi (Iglau.) — **Observations cliniques.** (*Wiener Médizin. Presse.* 1902, n° 15.)

I. *Névrite de la lactation.* — Une ouvrière des tabacs, âgée de 26 ans, après un accouchement normal, eut une diminution lente et progressive de l'acuité visuelle de l'œil gauche, et, 14 jours après, de l'œil droit. Céphalée et douleurs orbitaires. La femme nourrissait son enfant elle-même; du jour où elle cessa (il y a une semaine) une amélioration se montra sur l'œil gauche. Extérieurement, on ne remarque rien d'anormal. Les deux pupilles réagissent rapidement; la gauche était plus dilatée que la droite. La papille droite est moyennement gonflée, sa partie centrale est nettement augmentée de volume ; les bords sont encore à peu près visibles. On voit au niveau de la papille quelques vaisseaux très dilatés, d'autres plus petits et de nouvelle formation ; rien de particulier du côté des gros vaisseaux et dans le reste du fond de l'œil. La papille gauche présente les mêmes altérations, mais moins accentuées. Acuité visuelle : à droite : compte les doigts à 1/2 m. ; à gauche : 1/10. Sous l'influence d'un traitement à l'iodure de potassium et grâce au port de lunettes noires : L'acuité visuelle remonte O. D. : 6/10. O. G. 8/10, et le fond de l'œil reprend son aspect normal ; cependant les bords de la papille restent peu nets.

II. *Dacryoadénite aiguë.* — Un homme de 41 ans souffrait depuis une semaine de douleurs à l'œil droit, surtout à la commissure externe des paupières supérieures, sensation de corps étranger, augmentation de la sécrétion et sensation et sentiment de tension. Comme cause, on ne trouvait qu'une forte émotion éprouvée 14 jours auparavant par le patient. La paupière supérieure droite était uniformément gonflée, surtout dans son tiers externe, rouge, chaude, on sent vaguement une tumeur dure à sa partie externe. Le rebord orbitaire externe est sensible à la pression dans sa moitié externe et surtout en haut et en dehors ; la paupière inférieure est moins gonflée. Chémosis de la conjonctive bulbaire, et en dedans de la paupière supérieure droite on voit une tumeur de la grosseur d'un pois qui proémine de la région lacrymale. Cette tumeur est très rouge, sphérique, un peu plus longue que large, son diamètre en longueur est de 8 mm.; en dessous et à peine séparée d'elle, se trouve une plus petite tumeur de 4 mm. environ, rouge et sphérique aussi ; les deux tumeurs ont une consistance dure.

La glande parotidienne est peut-être un peu augmentée de volume, la sous-maxillaire ne l'est certainement pas. L'acuité visuelle et le fond de l'œil sont normaux. Diagnostic : dacryoadénite aiguë avec participation prépondérante des glandes accessoires.

Traitement : cataplasmes. Au bout de 10 jours le patient est guéri. Le cas est remarquable par la participation de la glande lacrymale accessoire et par le fait que l'affection était unilatérale. F. A.

Dr Nees (Kiew). — **Observations cliniques.**

I. — *Ulcère de la cornée. — Psychose aiguë. — Iridectomie.* — Un homme de 59 ans, dont un œil était perdu depuis longtemps, eut une ulcération de la cornée sur l'œil sain ; cette lésion eut une marche très lente et se termina par un leucome adhérent. Pendant l'évolution de la lésion, le malade fut atteint d'une psychose aiguë, qui guérit heureusement. On réussit cependant à rendre au blessé, grâce à une iridectomie en haut, une acuité visuelle, qui lui permettait de compter les doigts à 10.

II. — *Opération de Jonnesco et iridectomie de Graefe dans un cas de glaucome.*

L'auteur rapporte un cas de glaucome subaigu (femme de 57 ans) qui avait complètement perdu la vision, et chez laquelle on fit l'extirpation du ganglion cervical supérieur pour calmer des douleurs intolérables. L'intervention demeura sans résultat et la cicatrice était devenue très douloureuse. Nees fit alors une iridectomie pour supprimer les douleurs. Comme les douleurs de la nuque (partant de la cicatrice et irradiant vers le cou) s'étaient de nouveau reproduites, N. fit une sclérotomie qui diminua la tension de l'œil, et la chambre antérieure se reforma, mais les douleurs de la nuque ne furent pas influencées. N. adopte les conclusions d'Axenfeld, pour qui l'ablation des ganglions ciliaires ne doit être faite premièrement que dans les cas de glaucome simple, secondement, quand une iridectomie est restée sans résultat, cette intervention ne doit pas être faite dans le glaucome absolu.

F. A.

Dr Cohn (Breslau). — **Sur la nouvelle méthode photométrique de Wingen pour les écoles.** (*Deutsche Medicin Wochenschr.*, 1902, n° 5, p. 85, et n° 6, p. 102.)

On détermine d'abord au moyen du photomètre de Weber les places qui ont un éclairage inférieur à 50 bougies.

Puis on expose à la place de chaque écolier et pendant un temps déterminé des feuilles de papier Aristo ou Rhodamin, qui s'impressionnent. — Ces feuilles sont ensuite fixées et il est facile alors de déterminer, d'après la couleur des feuilles, les places qui ont un éclairage supérieur ou inférieur à 50 bougies. Si on réunit toutes ses feuilles sur un même tableau, elles peuvent ainsi servir à l'appréciation des autorités, des parents et du maître.

F. A.

Frides Callies (Rostock). — **Contribution à l'étude du kératocône et spécialement du kératocône pulsatile.** (*Inaug. Diss.*)

Callies rapporte 3 cas de kératocône pulsatile et 9 cas de kératocône primaire commun. La pulsation était toujours d'un seul côté, et là où se trouvait la plus forte courbure. On pouvait la reconnaître subjectivement et objectivement par l'ophtalmomètre. L'auteur se range à l'opinion de Wagenmann, qui explique la pulsation, par la manifestation de l'augmentation de pression qui se produit dans le globe pendant la systole, et qui n'est pas appréciable sur la cornée normale. Il recommande comme traitement la cautérisation produite au thermo du sommet du cône. Pour obtenir une vascularisation abondante, il faut produire une escharre allant jusqu'au limbe scléro-cornéen, qui fournira un chemin tout tracé aux vaisseaux. Il faudra veiller avant tout à ce que la membrane de Descemet reste intacte. A Marburg et à Breslau, Axenfeld n'a observé qu'un seul kératocône sur un matériel de 25.000 affections oculaires — à Rostock en revanche, il en a trouvé 12 sur 11.000 malades. — Bibliographie.

F. A.

Selenkowsky. — **Examen bactériologique d'une dacryocystite congénitale.** (*Westnik. opht.* 1902, I, 1.

Selenkowsky rapporte la description d'un cas de dacryocystite congénitale qui présente des particularités remarquables. « La veine » gonflée, rouge, avait été remarquée au moment de la naissance, et avait augmenté les jours suivants, et rougissait de plus en plus. Le jour de l'entrée de l'enfant à la clinique, la petite tumeur avait une longueur de 8 mm. sur une largeur de 5 mm. elle était de couleur rouge sombre tirant sur le violet. En pressant sur la tumeur, on ne constatait pas d'écoulement du côté des points lacrymaux ou du nez.

Pendant les huit jours suivants la tumeur

grossit du double, la rougeur s'étendit sur la conjonctive et les paupières gonflèrent. Température. Fluctuation. Le diagnostic s'imposait : Dacryocystite avec phlegmon. On prélève un peu de pus avec la seringue de Pravaz, pour l'examen bactériologique, puis on incise l'abcès.

La guérison traîna pendant six semaines avec formation d'une fistule. Après l'occlusion de la fistule, il y eut une récidive, et au bout d'un mois il y eut de nouveau un écoulement de pus par la fistule réouverte. L'examen bactériologique montra l'existence de staphylocoques pyogènes dorés, très virulents et isolés. L'auteur pense qu'il s'agit là d'une dacryocystite congénitale, causée par le staphylocoque introduit dans le sac lacrymal au moment de la naissance ou quelques jours après ; la partie supérieure des voies lacrymales s'étant obstruée, le phlegmon suivit. Il est curieux de noter (Walther, Odessa) que le phlegmon n'apparut qu'au bout de 14 jours, malgré la virulence des staphylocoques qui firent mourir le lapin en expérience entre 18 et 27 heures.

F. A.

KRAISKI. — **Observations ophtalmoscopiques.** (*Westnik. ophtalm.*, 1902), 1 p. 15.

I. — *Aniridie congénitale complète des deux yeux.*

Jeune homme de 16 ans, de constitution délicate. Des deux côtés, absence complète d'iris, cristallin entièrement transparent, pas de nystagmus. A droite petits foyers d'atrophie dans la région maculaire ; V = 20/200 à droite, 30/100 à gauche. Sur les 6 enfants, une sœur présente, d'après le dire du père, la même anomalie.

II. — *Cataracte congénitale centrale.*

Un maître d'école de 22 ans porte sur les deux yeux une cataracte centrale de 2 à 3mm. de diamètre. La grand'mère maternelle présenterait la même affection. Deux frères du jeune homme, qui ont mauvaise vue, ressemblent à la mère, tandis que les autres frères et sœurs, qui ont bonne vue, ressemblent au père.

III. — *Deux cas de chancre syphilitique des paupières et de la conjonctive.*

Dans le premier, il s'agit d'un jeune homme de 14 ans, qui présente un chancre induré de la paupière. Le mode d'infection est resté inconnu.

Dans le second, une fillette de 6 ans 1/2 porte un chancre sur la conjonctive. L'infection a été produite par une personne syphilitique qui avait enlevé un grain de sable sur l'œil de l'enfant.

F. A.

Dr ELSCHNIG. — **Le colobome de l'entrée du nerf optique et le staphylome inférieur.** (*Graefe's et Archiv.*, 51, III.)

Ce très intéressant travail nous donne les résultats cliniques et anatomiques des recherches d'Elschnig sur les yeux. Le staphylome inférieur et certains autres staphylomes dirigés dans d'autres directions, ne doivent pas être regardés comme les traces de la fente oculaire fœtale, mais comme le résultat d'une distension des membranes oculaires d'une moitié de globe, causée par un développement insuffisant de celle-ci ; le manque de développement se montre probablement déjà dans la période fœtale, mais peut encore se poursuivre dans la vie extra-utérine.

Il faut certainement rattacher l'extrême fréquence de cette anomalie dans l'hémiglobe inférieur au siège de la fente oculaire. La grande rareté de cette anomalie dans l'hémiglobe supérieur s'explique par la continuité ininterrompue de la vésicule optique en cet endroit.

Le colobome marginal du nerf optique avec ou sans anomalie de constitution du nerf optique doit être regardé comme le reste de la fente oculaire, quand il siège en bas et n'est pas recouvert par la rétine, il doit être considéré comme un colobome choroïdo-scléral lorsqu'il siège en d'autres points.

Il n'est pas toujours possible de différencier par l'examen ophtalmoscopique le staphylome du colobome ; s'il y a ectasie, on est en présence d'un colobome, mais l'absence d'ectasie ne permet pas sûrement d'écarter ce diagnostic.

V. MICHEL. — **Embolies bactériennes du nerf optique.** (*Zeitschrift f. Augenheilkunde*, VII, 4.)

Un homme de 45 ans, ayant eu une blessure au talon et présentant des signes d'infection eut à l'œil gauche une inflammation suppura-

tive de l'hémiglobe antérieur, pour laquelle le diagnostic d'irido-cyclite fut porté.

L'examen microscopique montra la nécrose de la cornée et de l'iris, ainsi qu'une diapédèse notable des leucocytes dans les tissus voisins. Le corps ciliaire est infiltré de nombreux leucocytes, ses vaisseaux sont gorgés de sang, mais sa structure est conservée ; on note quelques hémorragies. Plusieurs rameaux antérieurs du grand cercle artériel sont remplis de bactéries ; le voisinage de ces vaisseaux présente une grande quantité de leucocytes. Dans les tissus on trouve des courtes chaînettes de streptocoques, soit entre les cellules soit dans les cellules. La cristallaoïde est détruite sur une certaine étendue en arrière de l'équateur du côté temporal. La rétine et la choroïde ne sont pas altérées.

A côté de ces altérations des parties antérieures du globe, il y avait des foyers métastatiques dans le nerf optique. Le centre de ces foyers qui remplissaient la lumière du vaisseau, remfermait un amas de cocci. Les vaisseaux qui contiennent ces embolies sont entourés de très nombreux leucocytes, dont les amas principaux ne sont pas en rapport direct avec les vaisseaux, mais quelque peu en dehors d'eux. Ces foyers sont nettement distincts des tissus voisins normaux.

v. M. croit que la nécrose des parties antérieures du bulbe n'est pas causée seulement par les troubles de nutrition consécutif aux embolies des vaisseaux, mais aussi par des toxines. L'auteur croit que les altérations de l'hémiglobe antérieur et celles du nerf optique ne sont pas semblables parce qu'elles ne se sont pas produites en même temps.

F. A.

WAGENMANN. — **Hémorragies multiples de la peau, de la conjonctive et de la rétine consécutives à une blessure grave par compression.**

Un ouvrier de 19 ans, tombé sous une voiture en marche, essaye de la retenir avec son dos, et en faisant de tels efforts qu'il ne pouvait crier.

Les suites de cet accident furent les suivantes : la figure est légèrement tuméfiée et est fortement colorée en bleu par de nombreux amas d'hémorragies de la peau. Sur la conjonctive bulbaire et sur la conjonctive palpébrale, on voit de nombreuses petites hémorragies sous forme de points ou de traits, le tissu sous conjonctival présente de plus grandes hémorragies.

Les hémorragies de la peau s'étendent sur les épaules, la poitrine et la nuque, les hémorragies se parsèment dans la région ombilicale et manquent complètement sur les membres inférieurs.

Sur le palais, on remarque de nombreuses hémorragies de la muqueuse, il en est de même pour les lèvres, la racine de la langue et la partie inférieure de la pointe de la langue.

Hémorragies rétiniennes sur l'œil droit.

Par un effort violent au moment d'une expiration interrompue, il s'est produit une stase dans les veines. Cette stase du sang s'est propagée en arrière jusque dans les plus petits vaisseaux, a amené leur rupture et produit les petites hémorragies ; les veines de la tête n'ont en effet pas de valvules et les jugulaires en manquent souvent, ou, si elles en ont, leurs valvules sont insuffisantes.

F.A.

ERCKLENTZ-WILHELLM. **Exophtalmie pulsatile consécutive à une encéphalocèle orbitaire.** (*Kl. monatsbl. f. Aug.*, 39, 1901).

Une femme de 28 ans, entrée à la clinique de Breslau pour un carcinome de l'estomac dont elle mourut quelques mois après, présentait depuis son enfance une exophtalmie constante de l'œil droit. Depuis 5 ans, la malade avait remarqué un mouvement d'avancement et de recul de cet œil. Pas de symptômes subjectifs. L'examen clinique montra, à côté des signes du carcinome, une forte pigmentation de la peau, une exostose de la région temporale un peu en avant de l'oreille droite, une protusion en ligne droite de l'œil droit, qui, à chaque systole avançait en avant, sans que par la compression de la carotide droite, ce mouvement de pulsation fût arrêté. Rien du côté de l'œil, acuité visuelle normale. Sténose de la valvule mitrale, sans doute d'origine congénitale. On attribua l'exophtalmie à un anévrysme de l'artère ophtalmique. L'autopsie révéla ce qui suit :

En arrière de la paroi temporale de l'orbite et adhérente à elle se trouvait une masse élastique, de couleur jaune clair, faisant partie

du contenu de l'orbite et ressemblant à du tissu graisseux ; cette masse entourait le nerf optique et la moitié postérieure du bulbe et réunissait sans interruption la paroi orbitaire à l'œil. L'œil droit dépassait en avant l'œil gauche de 3 centim. La paroi osseuse postérieure de l'orbite manquait complètement, en outre, l'étage moyen gauche de la base du crâne était beaucoup plus développé que le gauche, de sorte que le crâne tout entier semblait repoussé du côté gauche. La petite aile du sphénoïde droit manquait, la grande aile était incomplète, aussi pouvait-on voir l'ethmoïde. Le foramen opticus et la fente sphénoïdale manquaient, le trou grand rond était indiqué par une empreinte en forme de fève. La carotide se trouvait sans adhérences le long du sphénoïde. Conformément à l'augmentation de volume de l'étage moyen droit du crâne, la carotide droite était plus petite que la gauche. En outre, à côté du carcinome de l'estomac, de la sténose de la valvule mitrale, on nota l'insuffisance de la valvule semilunaire et la persistance du trou de Botal.

Il s'agissait donc d'une forme congénitale simple d'encéphalocèle ; dans son sac il y avait de la matière cérébrale dure sans hydrophtalmie. En même temps que l'encéphalocèle se formait, se produisait probablement petit à petit une usure des os de l'étage moyen du crâne, de sorte qu'il ne pouvait se former d'os solide, mais seulement des lamelles osseuses minces. Ces dernières ne pouvant résister à la tension s'usaient de plus en plus, et une inflammation se produisit par suite du frottement continu des masses molles sur les aspérités des lamelles osseuses amincies. Cette inflammation s'est étendue de la dure-mère à la pie-mère.

F. A.

Dr Asher (Leipzig). — **Deux cas de conjonctivite grave. Guérison.** (*Wochenschrift f. Ther. und. Hyg. des Auges.*, n° 20, V.)

Le premier cas concerne un enfant de 3 ans, atteint de tuberculose de la conjonctivite. Œdème notable des paupières de l'œil gauche, injection de la conjonctive bulbaire, rougeur et épaississement de la conjonctive du tarse. Sur cette dernière, on voyait de petites élevures de la grosseur d'une tête d'épingle, très nombreuses et ayant une coloration jaunâtre comme le pus. Dans les culs-de-sac il y avait des zones allongées, de forme triangulaire, de couleur jaune, entre lesquelles se trouvait la conjonctive qui leur formait une lisière rouge. Examen ophtalmoscopique négatif. L'état général de l'enfant était excellent.

Le traitement fut le suivant : badigeonnages de la conjonctive avec une solution faible de sublimé, et compresses chaudes. La conjonctive reprit bientôt son aspect normal ; le fornix devint transparent, et vers l'angle externe se développèrent de petits kystes très transparents. L'examen anatomique montra une tuberculose typique des glandes,

Dans le second cas, il s'agit d'une conjonctivite diphtéritique chez un enfant de 4 mois. On fit d'abord des applications de glace, mais après l'examen bactériologique, on fit une injection de sérum. Au bout d'un jour, l'œdème avait disparu, et l'enfant ouvrait les yeux, il ne restait qu'une injection modérée. Les fausses membranes de la conjonctive avaient disparu, et l'état général s'était relevé. Quelques jours après la guérison fut complète.

F. A.

Dr Kaufmann (Ulm). — **Sur le massage hydraulique et le massage pneumatique en ophtalmologie.** (*Wochenschrift. f. Thér. und. Hyg. des Auges.*, n° 22, V.)

L'appareil pneumatique se compose d'une œillère, au fond de laquelle se trouve une seringue en verre munie d'un piston à frottement doux. L'œillère étant appliquée par la pression atmosphérique aux bords de l'orbite, on peut, au moyen du piston, comprimer ou décomprimer l'air qui se trouve en avant de l'œil. Si l'on remplit d'eau la moitié ou les deux tiers de l'œillère, on augmente de la sorte l'action du massage ; si l'on emploie de l'eau tiède ou de l'eau chaude on obtient ainsi une action thermique. On augmente de cette manière l'imbibition, la filtration et la diffusion des solutions employées.

En général, la durée du massage doit être de trois à cinq minutes. Il ne faut pas employer le massage plus d'une fois par jour ; dans beaucoup de cas on ne devra le répéter que le second ou le troisième jour. Les parties antérieures de l'œil sont évidemment plus influencées par le massage que les parties postérieures. Cette méthode est surtout efficace dans les affections chroniques.

F. A.

Dr Krause. — **Nouveau mode de coloration de l'acarus folliculorum.** (*Arch. f. Derm. und. Syph.* 58/3.)

L'acarus folliculorum, qui ne prend pas les couleurs ordinaires d'aniline, se colore, d'après l'auteur, avec les substances qui colorent le bacille de la tuberculose, soit par exemple avec une solution de carbol-fuchsine. Le meilleur procédé est celui de Ziel-Neise (coloration à la fuchsine, décoloration par l'acide nitrique et nouvelle coloration au bleu de méthylène.) F. A.

Dr R. Bylsma. (Middelburg). — **Deux cas de luxation du cristallin.** (*Wochenschrift. f. Ther. und. Hyg. des Auges.* n° 17, V.)

A la suite d'une chute, un ouvrier eût une plaie sclérale entre le droit supérieur et le droit externe, par laquelle se fit une luxation sous-conjonctivale du cristallin. Le cristallin fut enlevé par une incision. Le second cas concerne une femme qui perdit l'œil à la suite d'un coup de corne de vache.

L'œil fut énucléé, et ne contenait plus de cristallin, il y avait une plaie de 20 mm.; entre le droit supérieur et le droit externe, le corps vitré avait en partie disparu et était remplacé par une hémorragie provenant du corps ciliaire et de la rétine en outre, il y avait une déchirure de la choroïde. F. A.

Dr O. Ehrhardt. — **Destruction par l'eau chaude des restes de tumeur dans une plaie.** (*Arch. f. Klinische. Chirurgie*, Bd, 64, *Heft* 3, p. 741).

D'après les expériences qui ont été faites à la clinique de Königsberg, l'auteur, pour éviter l'implantation de germes de tumeur (ce qui est toujours à craindre après l'extirpation de tumeurs malignes), recommande de laver la cavité de la plaie avec de l'eau stérilisée bouillante ; on verse environ 25 centim. c. d'eau dans la plaie (il faut naturellement protéger la peau du voisinage avec précaution). Cette eau y est laissée de 1/2 à 1 minute, puis on l'éponge avec soin. Un emploi plus prolongé de l'eau bouillante produit une forte sécrétion, mais ne nuit pas à la guérison.

Il faut naturellement que la tumeur ait été radicalement extirpée.

Jeannel a déjà recommandé cette pratique dans un cas de suppuration d'origine tuberculeuse.

Dr Strzeminski. — **Altérations oculaires consécutives à une paralysie bulbaire asthénique.** (*Postemp Okulityczny*, 1901, n° 4).

On a signalé jusqu'ici 30 cas à peine de paralysie bulbaire asthénique (Wilks, Erb, Eisenlohr, Kunn, Karplus, Kozewnikoff). A la suite d'une grippe, se développe, chez une femme de 28 ans, une paralysie du droit externe gauche avec ptosis et diplopie. Depuis cette époque, la maladie faisait des progrès incessants, et les symptômes montraient une variété infinie. Nous ne ferons qu'énumérer les principaux : parésie de tous les muscles externes des deux yeux ; abolition de la parole : dysphagie. La malade ne peut ni siffler ni éteindre une chandelle. Paralysie des muscles de la mimique et de la mastication. Il faut pratiquer l'alimentation artificielle. Lagophtalmie des deux côtés par parésie de l'orbiculaire. Accès de forte dyspnée, causés sans doute par affaiblissement de la musculature du thorax. Parésie des extrémités. La marche et la station debout sont très difficiles. Parésie des muscles de la nuque, la malade ne peut tenir la tête droite. Perte du goût. Diminution de l'ouïe des deux côtés. Somnolence. Diminution de l'acuité visuelle (à droite, 0,8 ; à gauche, 0,9). Rétrécissement du champ visuel. Consomption par défaut d'alimentation. Tous les symptômes consécutifs à la diminution de la force musculaire étaient caractérisés par une intensité variable. Cette intensité augmentait rapidement avec l'apparition de la fatigue, et diminuait très vite après le repos. La période la plus grave de la maladie dura quatre semaines, puis l'état général s'améliora par degrés. Le nombre de ces troubles fâcheux diminua petit à petit, et au bout de 5 mois environ, la guérison complète arriva, comme c'est l'habitude dans cette maladie. La maladie entière dura neuf mois. Les symptômes oculaires apparurent les premiers et disparurent les derniers.

A. W. Allan. — **Erythème noueux compliqué d'iritis.** (*British. medical Journal*, 1901, p. 1207).

Dans un cas d'érythème noueux des deux

jambes, avec forte fièvre et sans aucun symptôme rhumatismal, apparaît brusquement, peu avant la disparition de l'exanthème, une iritis double ; cette dernière guérit sans synéchies par l'atropine et les compresses chaudes en même temps que disparut l'éruption.

Dr Wintersteiner. — **Ophtalmie métastatique dans la méningite cérébrospinale épidémique.** (*Wiener Klin. Woschensch.*, 1901, n° 41.)

Wintersteiner donne le résultat de ses recherches histologiques concernant un œil atteint de panophtalmie au cours d'une méningite, recherches qu'il a pu faire au début de la maladie. Nous notons seulement que l'iris et le corps ciliaire présentaient une inflammation fibrino-suppurative et hémorragique ; et que l'exsudat fibrino-suppuratif s'étendait dans le voisinage du cristallin et dans les parties antérieures et périphériques du vitré, sans dépasser cependant l'équateur : La choroïde participe très peu à l'inflammation et la supra-choroïde n'a pas été touchée. La rétine n'est atteinte que dans sa partie ciliaire, ses veines sont thrombosées, leurs parois sont traversées par des cellules migratrices, qui dans le voisinage immédiat des vaisseaux forment çà et là des infiltrations circulaires; dans les parties antérieures de la rétine, on remarque aussi des hémorragies le long des veines thrombosées. La papille est augmentée de volume et infiltrée, les veines sont thrombosées dans son voisinage et leur pourtour est infiltré. Pas d'altération dans l'extrémité du nerf optique. La veine centrale et l'artère centrale, ainsi que les tissus environnants, ne présentent pas de modifications. Très légère névrite du tronc du nerf optique. Le diagnostic anatomo-pathologique est donc : Iridocyclite fibrineuse purulente et hémorragique, avec abondant hypopion et infiltration du vitré. Thrombose des veines de la rétine avec thrombo-phlébite et péri-phéblite. Légère névrite interstitielle. Ce cas montre comme les autres que l'ophtalmie a été produite par voie métastatique. Cependant Wintersteiner admet la possibilité d'une propagation directe de la méningite.

L'examen bactériologique du pus a montré de rares et petits coccus avec le protoplasma des corpusules de pus — ils sont isolés, deux à deux, ou aplatis les uns contre les autres. Ils n'étaient colorables que par le bleu de méthylène boracique, et non par le Gram-Weigert. Pour Wintersteiner et Weichselbaum, ils seraient les diplocoques intracellulaires de la méningite. Ce fait est remarquable, car ces diplocoques n'ont été signalés que dans les métastases des membres, le diplocoque de la pneumonie ayant été signalé seul jusqu'alors comme la cause de l'ophtalmie consécutive à la méningite.

W. R. Bylsma (Middelbourg). — **Flocons du vitré et aménorrhée.** (*Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. des Auges.*, Jahrg., n° 7.)

Une jeune fille de 16 ans se plaint d'avoir des mouches volantes depuis 6 semaines. Les yeux cependant sont sains, l'acuité visuelle des deux côtés = 6/6. Snellen, 0,5 est lu couramment.

A droite on voit à l'ophtalmoscope, des flocons du vitré, gros ou petits, très nombreux et très mobiles ; à gauche ils sont petits et peu nombreux. La sensibilité chromatique et le champ visuel sont normaux. La menstruation n'ayant pas eu lieu trois fois déjà, cette affection oculaire pouvait être attribuée à l'aménorrhée. Une résorption rapide des flocons du vitré suivit l'emploi de fortifiants, de bains de pied sinapisés une fois par semaine, de diaphorétiques et les promenades au grand air. Les règles ayant manqué encore une quatrième et une cinquième fois, les opacités apparurent de nouveau sans que l'on pût trouver trace d'hémorragie. Trois semaines après, la menstruation s'étant reproduite régulièrement, les opacités disparurent très rapidement ; et au bout de huit semaines on voyait encore quelques flocons dans l'œil droit, mais ils ne gênaient pas la malade.

V. Bietti (Pavie). — **Le décollement de la choroïde après l'opération de la cataracte.** (*Annali di Ottalmol.* Vol. XXX (1901), fasc. 10-11, p. 627 à 710).

Après avoir relaté deux cas observés dans la clinique de Rostock, Bietti discute surtout le mécanisme pathologique du décollement choroïdien consécutif à l'extraction de la cataracte. Il le rapporte surtout à l'iridodialyse lorsque l'arrachement de la base irienne entraîne une

déchirure du corps ciliaire, et à la diminution brusque et considérable de la tension oculaire. Chacun de ces deux facteurs ne serait pas suffisant à lui seul, car nous devrions alors observer beaucoup plus souvent le décollement de la choroïde après une simple iridectomie et surtout après les opérations de cataracte compliquées de perte de vitré. En somme, étant donné une déchirure du corps ciliaire, l'infiltration de l'humeur aqueuse dans l'espace suprachoroïdien aura lieu seulement lorsque la tension oculaire sera bien au-dessous de la normale et probablement aussi lorsque des altérations particulières de la choroïde en rendront plus facile le décollement.

A. Antonelli.

O. Orlandini (Sienne). — **Action prismatique des verres décentrés** (2e communication) (*Annali di Ottalmol.* Vol. XXX, 1901, fasc. 10-11, p. 710 à 720.)

Article rempli de formules et ne se prêtant pas à l'analyse. La conclusion pratique en est que l'aberration de sphéricité est négligeable pour les verres faibles lorsqu'on veut calculer la décentration nécessaire pour obtenir un angle de déviation déterminé, tandis que pour les verres plus forts (lentilles épaisses) il faut les combiner à un prisme pour éviter les inconvénients de l'aberration.

A. Antonelli.

C. Addario (Naples). — **Sur la structure du vitré chez l'embryon et le nouveau-né ; origine du vitré et de la zonule.** (*Annali di Ottalmol.* Vol. XXX, 1901, fasc. 10-11, p. 721 à 739 et Vol. XXXI, 1902, fasc. 3 à 5, p. 141 à 154.)

Le travail d'Addario commence par un essai historique et critique, mis au point des questions embryologiques et histologiques concernant le vitré. Ensuite, l'Aut. discute la nature du réseau fibrillaire du vitré pour conclure que les fibrilles n'en sont pas un produit artificiel dû au procédé de préparations microscopiques mais bien un élément morphologique réel formant la charpente dont les mailles sont remplies de la substance liquide du tissu. Les recherches histologiques sur le vitré de l'embryon ont montré à l'auteur que la structure en est essentiellement identique à celle du vitré de l'adulte, ce que Retzius, Tornatola et d'autres avaient déjà affirmé ; il s'agit d'un tissu fibrillaire, parsemé d'éléments cellulaires d'origine vasculaire (leucocytes) la vascularisation n'étant que transitoire. Chez les nouveau-nés, le vitré présente une charpente fibrillaire très serrée montrant à l'entre croisement des fibrilles des nombreux *points nodaux* (Ciaccio) que Bowman appelait *nuclear granules* et qu'Addario qualifie de *pseudo-cellules*. Les chaînettes à gros granules, ou fibres en chapelet, que l'on rencontre abondamment dans le vitré des nouveau-nés, ne sont que des fibrilles ordinaires munies de granules nombreux et volumineux. Les gros filaments aplatis, qui traversent en ligne droite des grands segments du vitré représentent des vestiges de l'arbre vasculaire existant chez l'embryon. Les cellules, parsemées surtout dans les couches périphériques du vitré, sont les mêmes que celles du vitré embryonnaire, c'est-à-dire des leucocytes immigrés des vaisseaux par diapédèse.

(*A suivre.*)

A. Antonelli.

V. Grandis et A. Moret. — **Recherche sur la pression hydraulique de l'humeur aqueuse.** (*Annali di Ottalmol.* Vol. XXX, 1901, fasc. 12, p. 871.)

(Notes préventives tendant déjà à démontrer que la production, comme la résorption, de l'humeur aqueuse n'est pas un simple phénomène de filtration, mais un processus biologique réglé par des lois spéciales que les auteurs sont en train d'étudier.)

A. Gatti (Ferrara). — **Recherches sur l'immunisation de l'œil contre l'infection pneumococcique.** (*Annali di Ottalmol.* Vol. XXXI, 1902, fasc. 1, p. 3 à 27.)

Des nombreuses expériences de Gatti l'on peut tirer les conclusions suivantes : 1° l'infection superficielle dans la cornée du lapin, provoquée par des cultures de pneumocoques dans le sang, reste limitée à l'endroit d'inoculation. L'infection dans le parenchyme provoque des infiltrations profondes, kérato-hypopion, ulcérations, souvent perforation de la membrane, infection des membranes internes de l'œil et mort de l'animal.

2° L'inoculation du même virus, même à

doses minimes, dans la chambre antérieure, provoque des phénomènes graves de réaction locale et constamment la mort de l'animal, le plus souvent dans 48 heures, rarement plus tard.

3° Dans la chambre antérieure d'un animal immunisé par voie générale (injection dans le péritoine) avec le sérum antipneumococcique de brebis immunisée ou avec le vaccin tiré des cultures, l'infection a lieu de la même manière que chez le lapin non immunisé.

4° Même en inoculant le sérum ou le vaccin dans la chambre antérieure, après immunisation par voie générale, l'œil n'acquiert pas l'immunité.

5° L'humeur aqueuse du lapin immunisé ne montre pas, *in vitro*, une action bactéricide réelle sur le pneumocoque ni une action différente de l'humeur aqueuse du lapin normal.

6° Les principes établis pour la dissolution des éléments cellulaires dans les sérums en général, selon Bordet et Ehrlich, ne se vérifient pas à l'égard de l'infection pneumococcique dans la chambre antérieure. En somme, la chambre antérieure de l'œil du lapin non seulement ne participe pas à l'immunisation générale de l'animal contre le pneumocoque, mais n'est même pas capable d'utiliser les substances immunisantes que l'on peut y introduire directement; l'infection se propage toujours aux membranes profondes, provoque en général une inflammation plastique, parfois suppurative, amenant l'atrophie du globe.

A. Antonelli.

Basso (Gènes). — **Hémianopsie bitemporale et examen anatomo pathologique dans un cas d'acromégalie.** (*Annali di Ottalmol.* vol. XXXI, 1902, IV fasc. 1-2, p. 28 à 45, avec 4 microphotogr.)

Basso a pu examiner au microscope les bulbes oculaires munis d'un segment du nerf optique long de deux centimètres environ d'un cas typique d'acromégalie déjà étudié par Tozi et Caselli au point de vue clinique et anatomo-pathologique. Le trouble visuel (d'abord hémianopsie temporale gauche, ensuite amaurose centrale gauche, puis hémianopsie temporale droite et amblyopie centrale droite) avait été typique. L'autopsie avait montré une tumeur de la glande pituitaire comprimant le chiasma, les bandelettes et les nerfs optiques. La série des coupes colorées à la Weigert a confirmé à Basso la situation et la forme du faisceau maculaire, la situation et la forme aussi des faisceaux de fibres directes découvertes par Schmidt-Rimpler et celles enfin des faisceaux croisés, longeant le côté interne du tronc nerveux sous forme de triangle, parfaitement opposé au faisceau maculaire et deux fois plus volumineux que ce dernier. Quant au processus dégénératif, l'Aut. a pu se convaincre que la dégénération descendante par compression du chiasma, commence par la disparition des fibres nerveuses et s'associe plus tard à l'hyperplasie par la prolifération des fibres névrogliques et du connectif interstitiel. Cette dégénérescence, particulièrement en ce qui concerne la phase proliférative, s'établit d'une façon inégale le long du nerf, pouvant se montrer bien plus avancée vers la périphérie tout près de la coque oculaire, bien que la compression ait lieu à une certaine distance. En 1887, à la clinique du regretté Professeur Cantani, à Naples, je me souviens d'avoir vu un cas d'acromégalie, chez une paysanne d'une cinquantaine d'années, dont la tête et le nez étaient très volumineux, dont les mains et les pieds surtout étaient devenus énormes. L'hémianopsie bitemporale était nette au possible avec V. centrale indemne ou presque, et examen ophtalmoscopique négatif. L'entité morbide de l'acromégalie n'étant pas encore établie, le cas fit l'objet d'une leçon clinique montrant surtout la difficulté d'un diagnostic. Cantani m'avait fait l'honneur de discuter avec moi l'interprétation du trouble visuel et je lui avais soumis l'hypothèse d'une petite tumeur touchant au chiasma. Mais tout autre symptôme de néoplasme intracrânien faisant défaut la physiopathologie du cas fut recherchée dans une autre voie, et la malade se déroba bientôt à l'observation. — J'ai bien regretté à la suite, de ne pas avoir publié les notes de ce cas qui eût été le premier signalé d'acromégalie avec trouble visuel capable de faire soupçonner le point anatomo-pathologique essentiel de la maladie. J'évoque aujourd'hui ces souvenirs pour montrer aux plus jeunes confrères surtout, qu'il ne faut jamais hésiter à relater des faits cliniques dignes d'attention, sous peine de retarder l'évolution de nos connaissances à tous, et aussi, de perdre un droit de priorité qu'il est bien juste d'ambitionner.

A. Antonelli.

L. Monesi (Bologne). —**Recherches de pathologie expérimentale sur l'endothélium de la cornée.** (*Annali di Ottalmol.* Vol. XXXI, 1902, fasc. 1-2, p. 46 à 90, avec 2 planches.)

L'Auteur a pratiqué sur le lapin trois séries d'expériences. Dans la première il a produit des lésions cornéennes limitées soit par le galvano-cautère soit par le crayon de nitrate d'Ag., soit par l'inoculation superficielle de staphylocoques dorés de culture pure. Dans la deuxième, il a injecté dans la chambre antérieure des solutions de sublimé (1:5000, ou de cyanure de mercure (1 : 10.000) ou de pyoctanine bleue très diluée. Dans la troisième, il a cautérisé toute la surface cornéenne par des vapeurs d'ammoniaque ou par l'acide acétique. Ces lésions de la cornée ont toujours provoqué une nécrose de l'endothélium plus ou moins étendue en rapport avec l'importance de la lésion expérimentale, nécrose suivie bientôt de réparation par modification des cellules les plus proches du foyer destructif. La prolifération cellulaire se fait par kariokinèse à type surtout bipolaire, rarement multipolaire.

Parfois des phénomènes musculaires laisseraient supposer une multiplication cellulaire par scission ciliaire.

Au point de vue clinique, Monesi fait remarquer que les méthodes thérapeutiques récemment proposées, d'injection, de solutions antiseptiques, même légères dans la chambre antérieure ne sont pas qu'incertaines à cause de la faible quantité de liquide qu'on peut introduire, mais elles peuvent endommager sérieusement la cornée. Pour le lavage de la chambre antérieure après l'opération de la cataracte. Monesi conseille donc d'employer une simple solution physiologique de chlorure de sodium et en cas de retard dans la cicatrisation de la plaie, il engage à se méfier des irrigations trop généreuses de sublimé qui pourraient pénétrer dans l'œil et être plus nuisibles qu'utiles.

A. Antonelli.

Cofler (Trieste). — **Extraction de fragments de fer du segment antér. de l'œil à l'aide du couteau lancéolaire aimanté.** (*Annali di Ottal.* Vol. XXXI, 1902, fasc. 1-2, p. 109.)

L'auteur a eu l'heureuse idée, en présence d'un cas de cataracte traumatique commençante par pénétration d'un fragment de fer encore visible dans les couches antérieures du cristallin, de mettre en communication le couteau lancéolaire avec le pôle négatif d'un électro-aimant, au moment où, après l'incision scléro-cornéenne, il ouvrait avec l'instrument la capsule du cristallin pour en faire l'extraction. Il eut la chance d'attirer le fragment, long de presque un millimètre, et de voir son opéré guérir dans les conditions les meilleures.

A. Antonelli.

G. Colombo (Bologne). —**Notes sur un dispositif spécial des signes optométriques capables d'en égaliser l'éclairage pendant l'examen de l'acuité à la lumière artificielle.** (*Annali di Ottalmol.* Vol. XXXI, 1902, fasc. 3,5, p. 154 à 161, avec 2 planches.)

Parmi les conclusions des recherches expérimentales très minutieuses instituées par Colombo à l'appui du long travail que nous avons déjà analysé (voir ce même journal, il est utile de signaler la suivante :) Pour être sûr d'une intensité d'éclairage (artificiel) égal sur tous les différents signes optométriques de l'échelle (optotypes simples de Landolt), il serait préférable de les disposer non pas en lignes horizontales sur une planche carrée, mais le long d'une circonférence sur une planche ronde. Une tige partant du centre de la circonférence normalement au plan de la planche supporterait, à une distance déterminée, une source lumineuse, munie comme il convient d'écran-réflecteur.

En tournant la planche et en cachant s'il le faut une partie des signes, nous aurions aussi l'avantage de pouvoir répéter les expériences sur un même sujet en changeant la direction des optotypes.

A. Antonelli.

G. Valenti (Rome). — **Amaurose totale dans l'empoisonnement par champignons.** (*Annali di Ottal.* Vol. XXXI, 1902, fasc. 3,5, p. 162 à 168.)

Un paysan de 26 ans, empoisonné par des champignons du genre *amanita*, fut pris, la nuit du lendemain, d'amaurose de l'O. D. et

ensuite de l'O. G. Amené à l'hôpital, il avait à peine la perception lumineuse, le facies étant égaré et les pupilles très larges.

L'ophtalmoscope montrait simplement des papilles pâles avec veines relativement gorgées, par rapport à des artères réduites en calibre. Ce n'est qu'au bout de 8 jours qu'une amélioration commença à se déclarer et au quinzième le malade pouvait voir les objets à un mètre et lire les gros caractères de l'échelle Snellenn. Au bout d'un mois et quelques jours l'état pouvait se dire stationnaire avec V = 3/10 légère héméralopie chromastesthésie satisfaisante les papilles se montrant toujours un peu pâles. Comme traitement, on avait eu recours aux injections de strychnine, au bain hydro-électrique ascendant (pôle négatif à la nuque), aux préparations ferrugineuses et arsénicales, à l'alimentation au foie de veau (méthode de Trantas contre l'héméralopie). Dans un cas relaté par Weiss, l'empoisonnement par *Cantharellus cibarius* avait provoqué anisocorie, ophtalmoplégie extrinsèque ayant duré 8 jours, nystagmus, asthénopie accomodative rétinienne. Dans le cas de Valenti, une névrite optique rétro-bulbaire à forme subaiguë avait dû suivre à l'empoisonnement par muscarine ou ammanitine, névrite analogue à la névrite toxique des buveurs et des fumeurs, à la névrite des ouvriers des fabriques de caoutchouc (sulfure de carbone) ou à celle provoquée par le plomb (saturnisme), le dinitrobenzol (fabriques de roburite), le chloral, le chloroforme. Détail intéressant : le malade de Valenti accusait, au début de l'amaurose, céphalée et douleurs sourdes au fond de l'orbite, surtout pendant les excursions forcées des yeux.

Cofler (Trieste). — **Le Tatouage de la cornée tatouage chromatique ; tatouage des paupières.** (*Annali di Ottalmologia*, Vol. XXXI, 1902, fasc. 3 à 5, p. 16.)

Le travail de Cofler est une revue systématique de tout ce qui concerne le tatouage en ophtalmologie avec bibliographie chronologique, article analogue à celui publié par nous-mêmes il y a plusieurs années dans *Encyclopédie Med. Italienne* (Valardi, Edit.). En fait de contribution personnelle, l'auteur insiste sur le tatouage polychrome qu'il pratique à l'aide de poudres japonaises noire, rouge, brune et bleu marin. Le tatouage bleu doit être intercalé de quelques points ou petites lignes noires pour mieux imiter l'iris clair. Un mélange de poudre rouge (cynabre) et noire peut fournir toutes les nuances de l'iris brun. Toutes ces poudres sont parfaitement supportées et les résultats sont durables. Pour l'anesthésie, l'auteur préfère l'holocaïne dans l'intention de ne retarder en rien la réintégration de l'épithélium, destinée à représenter le *vernissage* de la teinte obtenue par le tatouage. Enfin Cofler insiste sur le tatouage du bord des paupières pour imiter les cils, dans des cas où la déformation cicatricielle du bord des paupières l'exige. Il se sert d'un instrument portant trois aiguilles parallèles fixées dans un même plan et rapprochées entre elles de moins d'un millimètre.

A. Antonelli.

D. Bossalino (Pise.) — **Un nouveau procédé de tarsorraphie ; note clinique,** avec une planche. (*Annali di Ottal.* Vol. XXXI, 1902, fasc. 3 à 5, p. 195.)

Après une description sommaire des principaux procédés de tarsorraphie connus jusqu'à présent, Bossalino en discute les inconvénients et décrit ensuite l'opération qui lui a donné d'excellents résultats dans trois cas. L'auteur sépare le bord palpébral, en haut comme en bas, en deux feuillets, par la section intermarginale classique. Ensuite, par des anses de fil munies de deux aiguilles, passées à 1 mm. environ du bord du feuillet postérieur de la paupière inférieure (le milieu de l'anse restant appliqué sur la conjonctive tarsienne inférieure), ce feuillet est attiré dans l'incision intermarginale de la paupière supérieure et fixé en faisant passer les aiguilles entre le tarse et la peau, pour sortir à 2 cm. environ plus haut que le bord ciliaire. Une à trois de ces sutures seront nécessaires, suivant l'étendue de la tarsorraphie. On pourra, dans d'autres cas, fixer, par contre, le feuillet superficiel de la paupière supérieure dans l'incision intermaginale de la paupière inférieure. Il faut s'assurer que les bords des deux feuillets superficiels soient bien en contact, sans recroquevillement, et alors l'adhérence s'établit rapide et parfaite, sans aucune déformation cicatricielle, ni présente ni à venir, du bord cutané et de sa rangée de cils.

A. Antonelli.

Dr DE BERARDINIS (Naples). — **Mélanosarcome du pli semilunaire. Contribution clinique et anatomo - pathologique** (avec une planche). (*Annali di Ottalmo.* Vol. XXXI, 1902, fasc. 3-5, p. 207.)

Le cas de de Berardinis serait le dixième dans la littérature ophtalmologique, de tumeur *primaire* du pli semilunaire, et le quatrième de mélanosarcome de ce pli. La petite néoplasie était née d'un nœvus pigmentaire dans l'œil gauche d'un garçon de 16 ans ; elle présentait le volume d'une lentille et l'excision fut des plus faciles, non suivie de rechute, tout au moins jusqu'à présent. A l'examen microscopique et par les réactions histochimiques, de Berardinis reconnut que le pigment était d'origine locale (métabolique) non pas hématique, et que la pigmentation existait aussi bien dans le protoplasma que dans le noyau des éléments cellulaires.

A. ANTONELLI.

A. GATTI (Ferrara.) — **Etude comparative entre les propriétés du sérum sanguin et les humeurs intraoculaires.** (*Annali di Ottalmol.* Vol. XXXI, 1902, fasc. 3-5, p. 212.)

Le travail de Gatti, très condensé et très intéressant, mériterait d'être reproduit intégralement. Nous regrettons de ne pouvoir que traduire les conclusions : — 1) Les expériences sur des sérums *normaux* montrent que, même lorsque les réactions lytique et agglutinante du sérum sanguin sont bien manifestes ou complètes, ces réactions font souvent tout à fait défaut de la part de l'humeur aqueuse et du vitré, où rarement on les constate à un degré minime ; — 2) Les expériences sur des sérums d'animaux (lapins) *vaccinés*, prouvent que les réactions en question, surtout la lytique, se manifestent, de la part des humeurs de l'œil, bien plus souvent et plus nettement que chez les animaux non vaccinés, mais la réaction est toujours beaucoup plus faible que celle du sérum sanguin. La réaction précipitante (Ischistowitsch) peut être toujours constatée dans le sérum, jamais dans les humeurs de l'œil ; —3) L'humeur aqueuse et le vitré du cheval normal montrent une action antizimotique à peine sensible, par rapport à celle que le sérum sanguin du même animal manifeste contre la chimosine sur la coagulation du lait.

Les résultats des recherches de Gatti sont en accord avec ceux des observateurs ayant expérimenté sur d'autres liquides de l'économie animale. Le défaut ou l'insuffisance, dans les humeurs de l'œil, des propriétés, représentant en général la réaction et le moyen de défense contre les invasions microbiennes et toxiques, peuvent nous donner raison de la gravité habituelle des processus infectieux intraoculaires. A. ANTONELLI.

COFLER (Trieste). — **Déchirure de la capsule postérieure du cristallin.** (*Annali di Ottalmol.* Vol. XXXI, 1902), fasc. 3-5, p. 232).

Après avoir résumé les cinq cas qui, dans la littérature ophtalmologique, peuvent témoigner d'une déchirure de la cristalloïde postérieure sans discontinuité de la coque oculaire (traumatismes par contusion), Cofler relate l'observation d'une demoiselle de 13 ans, dont l'œil droit était myope de 16 D., strabique, atteint de cataracte polaire postérieure et des lésions ophtalmoscopiques classiques. A la suite d'un choc violent, la cataracte, qui, entre temps, était devenue complète, s'affaissa, s'aplatissant comme une cataracte en voie d'absorption. Cofler ayant pratiqué une petite discission, au bout de quelques jours seulement le champ papillaire commença à se dégager, sans réaction aucune de la part de l'œil, et bientôt l'on pouvait voir, à l'éclairage oblique et à la lampe, le noyau cataracteux plongeant dans le vitré, en bas. Au bout de 2 mois, il ne restait qu'une petite masse lenticulaire à cet endroit, le champ pupillaire étant tout à fait libre et l'œil pouvant compter les doigts à 4 mètres. L'auteur a toute raison d'admettre que, sous l'action du traumatisme, la cristalloïde postérieure avait dû céder tout autour de la cataracte polaire, et que cette partie de la capsule, en même temps que les masses corticales postérieures et le noyau de la cataracte, avaient été projetées dans le vitré. A. ANTONELLI.

N. CANNAS (Turin). — **Contribution à la pathogénie du trachome.** (*Annali di Ottalmol.* Vol. XXXI, 1902, fasc. 3-5, p. 247.)

Les recherches bactériologiques de Can-

nas, très rigoureusement instituées et dont les détails sont à lire dans l'original, ne lui ont pas permis de mettre en évidence, après l'examen de 29 cas de trachome classique, un élément étiologique classique constant. L'Aut. en arrive à conclure, comme nous l'avons fait en 1890, dans un long travail sur le *Tissu de granulation et granulomes en général* (Encyclopédie Medic. Ital., Vallardi, édit.) : L'affection granulomateuse des muqueuses, conjonctivale ou autre, représente une forme anatomo-pathologique qui n'a rien de spécifique à proprement parler, pouvant suivre n'importe quelle infection ou même simple irritation chronique, chez des sujets prédisposés par l'état général (scrofuleux, cachectiques) ou par une modalité structurale des muqueuses en question. A l'appui de cette façon de voir, la remarque personnelle de Cannas, et que je puis à mon tour confirmer, est celle-ci : nous voyons parfois, chez différents membres d'une même famille atteints de conjonctivite subaiguë contagieuse par bacille de Koch-Weeks, les uns guérir vite par le traitement approprié, les autres se montrer rebelles et finir par présenter une affection chronique aboutissant à l'état granulomateux typique.

A. Antonelli.

Dr Hugo Feilchenfeld. — **Sklérokératite rhumatismale. — Cyclite spécifique. — Dacryocystite diphtérique.** (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.* 1902. Janv. Février.)

Etude de trois affections « externes » de l'œil, pour lesquelles, la thérapeutique locale est restée sans résultat, tandis que le traitement spécifique de l'affection causale a produit une guérison rapide et radicale.

1° Sklérokératite rhumatismale chez une femme de 57 ans. — Infiltration semi-lunaire de la cornée, le long du bord scléral, large de 3 mm., et évoluant suivant la forme de « kératite marginale profonde typique ». L'atropine, les massages énergiques à la pommade mercurielle à 2 %, les cataplasmes, les compresses chaudes, ont une action défavorable manifeste. La lésion atteint le milieu de la cornée, l'acuité visuelle tombe à 1/4. F. instille de la fluorescine et cautérise profondément tout le tissu coloré en vert. Pas de résultat. Enfin il prescrit une cure de frictions avec 2 de salicylate de soude : « La guérison fut tellement rapide que tous les symptômes (rougeur, troubles de la cornée, douleur à la pression, douleurs frontales) disparurent après la troisième friction, donc après 6 gr. de salicylate.

La cicatrisation de la cautérisation fut la seule trace de l'affection.

E. F. Montano.—**Un cas de cécité bilatérale par destruction de l'œil gauche et section du nerf optique de l'œil droit.** (*Anales de ophtalmologia*, Mexico, juin 1902.)

Un jeune homme de 25 ans reçoit, dans une rixe, un coup de stylet dans l'œil gauche. Immédiatement, destruction de celui-ci et perte de la vision de l'œil droit. Ecoulement de sang par la blessure et par le nerf. En se mouchant l'air s'échappait par la blessure.

L'auteur admet que l'instrument, dirigé, obliquement, après avoir blessé l'œil gauche et traversé l'ethmoïde, est allé sectionner le nerf optique du côté droit.

R. J.

José de J. Gonzalez : **Ophtalmoplégie intrinsèque monoculaire dans le cours d'une infection puerpérale.** (*Anales de ophtalmolagia*, Mexico, juin 1902.)

Une femme de 38 ans, après un avortement, présenta des phénomènes de septicémie caractérisée par des frissons et de la fièvre à forme rémittente de huit jours de durée qui cédèrent à des soins antiseptiques. Pas d'antécédents névropathiques ou syphilitiques. Pendant la convalescence, elle se plaignit de la vue surtout de près.

Examen : la pupille est en mydriase et immobile, insensible à la lumière, à l'accommodation de l'autre œil et à la convergence. Pas d'autres symptômes objectifs. Toutes les parties de l'œil sont normales objectivement. Emmétrope. Vision normale à l'infini, mais nécessité d'un verre + 4 pour la vision à 0,25 cm. Diagnotsic : *paralysie de l'iris et du muscle ciliaire.*

L'auteur a déjà publié un cas de névrite optique puerpérale. Ici, il admet que l'affection étant plus légère et bornée à l'action des toxines, a aussi produit des lésions moindres et

limitées aux nerfs qui animent l'iris et le muscle ciliaire. Il exclut la localisation dans les noyaux du troisième ventricule à cause de la monolatéralité et de la non-participation du releveur de la paupière supérieure si fréquemment atteint dans les ophtalmologies intrinsèques à cause de la proximité des noyaux destinés à chacun de ces muscles. Il exclut également une lésion du ganglion ciliaire. Il admet une *névrite* des *nerfs ciliaires courts* qui, d'après Jessop, sont exclusivement destinés à l'innervation du sphincter de l'iris et du muscle accommodateur.

Traitement par iodure de sodium. Guérison au bout d'un mois.

R. J.

CARLE NEWTON : **Gliome de la rétine. — Cas remarquable d'hérédité.** (*Australian medical Gazette*, mai 1902).

Un enfant de deux ans fut conduit à l'auteur par sa mère pour lui demander de pratiquer l'énucléation des deux yeux pour un gliome double. La mère raconte que l'enfant est aveugle depuis douze mois. Les deux pupilles sont occupées par une masse qui a complètement envahi le cristallin et s'est portée en avant dans la chambre antérieure. Les tumeurs avaient un aspect nodulaire grisâtre, légèrement jaunâtre à gauche. Des deux côtés, la tension intra-oculaire étant très augmentée ; les douleurs paraissaient intenses. Il ne paraissait pas y avoir de généralisation dans le cerveau ou d'autres organes. L'opération fut refusée comme ne pouvant pas amener la guérison à cause de l'état avancé de la lésion et de sa bilatéralité.

L'histoire familiale présente ici un très grand intérêt.

La mère raconte que le petit malade est le plus jeune d'une famille de seize enfants.

Deux sont morts de bronchite un ou deux mois après leur naissance.

Quatre sont encore vivants, et bien portants.

Les dix autres ont tous été affectés de gliome de la rétine et tous, excepté le présent malade, sont morts.

Aucun de ces enfants n'a vécu au-delà de trois ans, à l'exception d'un seul qui fut opéré d'une tumeur unilatérale et qui mourut à l'âge de cinq ans de récidive locale. Un autre seulement fut aussi opéré ; la récidive survint en quelques semaines et amena rapidement la mort.

De ces dix cas, trois seulement, y compris les deux opérés, furent unilatéraux et sept cas furent bilatéraux soit 70 °/₀ tandis que la proportion habituelle de bilatéralité est de 20 0/0 environ.

Chez les *sept* enfants morts sans avoir été opérés, les globes oculaires se rompirent dans chaque cas, à l'exception d'un qui était bilatéral, et qui, au dire de son médecin, serait mort de complication cérébrale.

Il y avait *cinq* garçons et *cinq* filles.

Un des frères du père passe pour être mort dans son enfance d'une affection oculaire de nature indéterminée.

(A cette observation sont joints deux dessins représentant les tumeurs oculaires de deux des enfants morts sans opération.

Ces tumeurs ont la grosseur d'une pomme. Il est difficilement compréhensible qu'on ait laissé ces tumeurs atteindre ce degré et nous ne comprenons pas non plus le refus de l'opération dans le cas de l'observation ci-dessus. Il paraît certain, en effet, que certains gliomes opérés à temps peuvent guérir sans récidive.)

R. J.

A. BACCHI (Cremona). — **Extraction d'un cysticerque sous-rétinien.** (*Annali di Ottalmol.* 1901. Vol. XXX fasc. 8-9, p. 613.)

Une femme de 26 ans, avec V = 0,1 et ch. vis. rétréci dans le secteur inféro-nasal (O G.), présentait à l'ophtalmoscope un léger trouble du vitré, un état hyperémique de la papille, une légère suffusion rétinienne. A une distance de deux diamètres papillaires, environ du bord de la papille, secteur supéro-temporal, on voyait en outre une bosse blanchâtre-rosée, d'un diamètre égal à trois fois environ le diamètre de la papille, et entourée de décollement rétinien, se prolongeant surtout vers le bas. Dans des examens consécutifs, à pupille dilatée par l'atropine, il fut possible de constater des mouvements spontanés de la vésicule, confirmant le diagnostic de cysticerque. Au bout d'un mois, la malade s'étant décidée à l'opération, celle-ci fut pratiquée par une incision de la sclérotique longue de 10 à 12 mm., ensuite incision de la choroïde, sortie du liquide, extraction

du parasite à l'aide d'une curette. Aucune perte du vitré et suites opératoires des plus simples ; de sorte que, au bout de 8 jours, au moment d'enlever les sutures, la T. était normale et la V = 0.5/60. Ce reste de visus persistait 9 mois après l'opération. Le résultat eût été bien plus brillant, au point de vue de la fonction, sans le décollement rétinien étendu, sans la névrite optique et les hémorragies rétiniennes de la région maculaire, complications survenues pendant le mois d'hésitation de la malade à se laisser opérer.

A côté des observations de Leber, A. Graefe, Hirschberg, de Vincentiis, Scimemi, le cas de Bocchi montre que le pronostic peut-être relativement favorable quand le cysticerque est placé en dehors du vitré (kyste intra ou sous-rétinien) et quand l'opération, délicatement pratiquée, peut être précoce.

Dr Ignace Jaenner. — **Tuberculose de la conjonctive.** (*Allgemeine Wiener medicin-Zeitung*, 1901, n° 31.)

Après une introduction sur les différentes formes de la tuberculose conjonctivale. Jaenner décrit deux observations personnelles concernant deux individus jeunes. Dans le premier cas, la conjonctive de la paupière supérieure présentait de petits boutons brun-jaune de la grosseur d'un grain de millet, qui, par endroits, ressemblaient à des follicules trachomateux ; en outre, il y avait une ulcération caractéristique, dont le bord inférieur se trouvait dans le sillon sous-tarsal; plus tard les ganglions prœparotidiens suppurèrent.

L'examen bactériologique et histologique confirma le diagnostic clinique. L'autre cas présentait de petits boutons très semblables aussi à des follicules tuberculeux, mais sans perte de substance de la conjonctive. Ces deux affections furent traitées et guéries par l'extirpation.

F. A.

NÉCROLOGIE

M. le Dr F. Despagnet, ancien secrétaire général de la Société d'Ophtalmologie, décédé à Saint-Cloud, après une maladie de quelques mois, contractée dans l'exercice de sa profession. M. Despagnet, docteur de la Faculté de Paris depuis 1887, était l'auteur d'un *Traité d'Ophtalmologie*, en collaboration avec M. Nimier (Paris, 1894) ; c'était un spécialiste distingué, auteur de nombreux travaux.

AVIS

Pour favoriser la généralisation de l'emploi de l'*Acoïne* si utile pour rendre indolores les injections sous-cutanées et sous-conjonctivales, la maison von Heyden a décidé d'abaisser le prix de ce précieux anesthésique de **5** fr. à **2** fr. **50** le gramme.

Dépôt chez Barberon, *place des Vosges*, 15, *Paris, et dans toutes pharmacies.*

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée

A partir du 18 août, la Cie P.-L.-M. appliquera les *appareils garde-place* aux voitures directes circulant entre Paris et Genève, et Paris et Chambéry, dans les trains suivants :

Train n° 1, partant de Paris à 9 h. 20 matin.
Train n° 564, partant de Genève à 11 h. 10 matin.
Train n° 612, partant de Chambéry à 11 h. 50 matin, et d'Aix-les-Bains à 12 h. 22 soir.

L'emploi de ces appareils assure aux voyageurs la possession indiscutée de la place qu'ils ont choisie dans le train.

Les voyageurs pourront également faire retenir leurs place à l'avance au départ des gares de Paris, Genève, Chambéry et Aix-les-Bains, moyennant le paiement d'une taxe de location de 1 fr. par place.

GÉLULES
CAPSULES GÉLATINEUSES PERFECTIONNÉES
se faisant en sept grandeurs
SUPPRESSION DES CACHETS
Notice et **Échantillon** sur demande.
Pharmacie BÉRAL
14, Rue de la Paix, 14
PARIS

PRODUITS ET PANSEMENTS POUR L'OPHTALMOLOGIE
Ballons Pipettes stérilisés pour collyres aseptiques.
PANSEMENTS AU **CELLULIN HYDROPHILE** (PAPIER DE BOIS DE PIN)
CHEVRETIN et LEMAITE, PHARMACIENS DE 1re CLASSE
Fournisseurs des Hôpitaux.
224, Rue Caumartin, PARIS. —*— TÉLÉPHONE : **245-56**